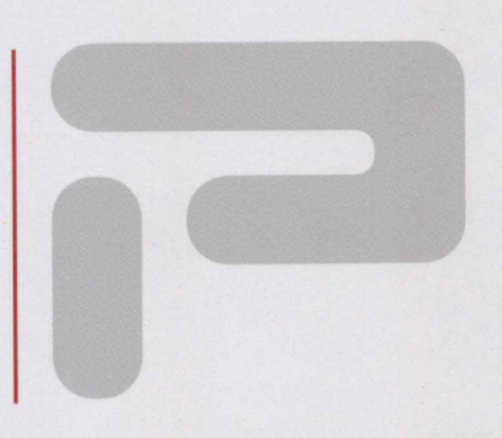
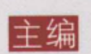
万卷方法 | 心理学研究方法丛书
中国心理学会心理学教学工作委员会推荐

ETHICAL CONFLICTS
IN PSYCHOLOGY
(4th ED)



心理学研究中的伦理冲突

[美]唐纳德·N.博塞夫
(Donald N. Bersoff)


苏彦捷 等 译



XINLIXUE YANJIU ZHONG DE LUNLI CHONGTU

心理学研究者和心理学的实践工作者必须敏感于一个事实，即他们研究和工作中的某些情景确实能引发伦理和道德问题，且每一个特殊情景都要求做出正确合理的道德判断。

然而做到这一切，需要拥有大量的技巧和独特的个性，他或她必须了解有哪些出版物能够指导和帮助他们解决这些问题。

本书将文章、章节摘录、法律决议、法令、政策公文、原著章节介绍、编辑注释、评论等按照一定的逻辑的顺序组织成册，以便于教学、激发讨论、分析和诊查当代心理领域中的伦理冲突和问题。主旨在于，帮助当前的心理学家以及未来的心理学家读者，培养一颗对心理工作伦理层面的敏感心，激发他们对于伦理层面的深刻思考，让他们以一种反思性、批判性和怀疑性的眼光来看待自己的行为，看待在对待、教授、研究人类行为和动物行为问题时所遵守的伦理规则。

许多人喜欢讨论现实情景中的伦理冲突问题并从中受益，本书在许多文章中摘录并自创了一些有关伦理冲突的小短文。作者推荐使用本书的读者全面利用这些小短文的激发性特点，探寻其中隐含的，有时又相互抵触的伦理道德价值观。

参阅及发表与本书相关的评论,请登录

http://q.blog.sina.com.cn/fafang (万卷方法与学术规范博客圈)

上架建议：学术社科

ISBN 978-7-5624-6131-9

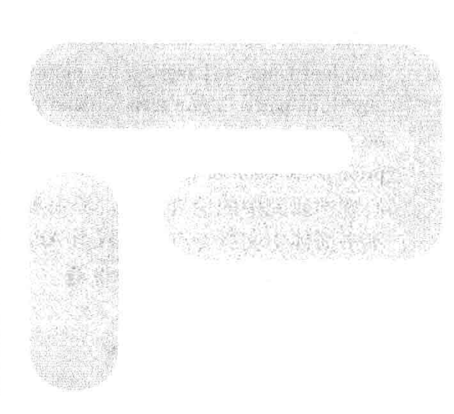


定价: 98.00元

万卷方法 | 心理学研究方法丛书
中国心理学会心理学教学工作委员会推荐

IN PSYCHOLOGY

[4th ED]



心理学研究中的伦理冲突

[美]唐纳德·N.博塞夫 (Donald N. Bersoff) 主编

苏彦捷 等 译

重庆大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

心理学研究中的伦理冲突/(美)博塞夫(Bersoff,D. N.)主编;苏彦捷等译. —重庆:重庆大学出版社,2012.1
(万卷方法)
书名原文:Ethical Conflicts in Psychology
ISBN 978-7-5624-6131-9

Ⅰ.①心… Ⅱ.①博…②苏… Ⅲ.①心理学—研究 Ⅳ.①B84

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 198023 号

心理学研究中的伦理冲突
[美]唐纳德·N. 博塞夫(Donald N. Bersoff) 主编
苏彦捷等 译
策划编辑:雷少波 林佳木
责任编辑:林佳木 戴倩倩 版式设计:林佳木
责任校对:陈 力 责任印制:赵 晟
*
重庆大学出版社出版发行
出版人:邓晓益
社址:重庆市沙坪坝区大学城西路 21 号
邮编:401331
电话:(023) 88617183 88617185(中小学)
传真:(023) 88617186 88617166
网址:http://www.cqup.com.cn
邮箱:fxk@cqup.com.cn(营销中心)
全国新华书店经销
自贡新华印刷厂印刷
*
开本:787×1092 1/16 印张:41 字数:918千
2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷
印数:1—3 000
ISBN 978-7-5624-6131-9 定价:98.00 元

万卷方法——心理学研究方法丛书
选编委员会

本书由多位专家合作完成，具体负责章节如下：

主编简介		
第1版序		
第2版序	苏彦捷	北京大学心理学系
第3版序		
第4版序		
第一单元	李幼穗	天津师范大学心理学系
第二单元	桑　标	华东师范大学心理学院
第三单元	贾凤芹　刘电芝	苏州大学心理学系
第四单元	连　榕	福建师范大学教育学院
第五单元	陈　红	西南大学心理学院
第六单元	刘华山	华中师范大学心理学院
第七单元	李幼穗	天津师范大学心理学系
第八单元	王晓均	深圳大学心理学系
第九单元	刘邦惠	中国政法大学心理学系
第十单元	聂衍刚	广州大学心理学系
全书审校	苏彦捷	

主编简介

唐纳德·N.博塞夫(Donald N. Bersoff)最近成为了德雷克塞尔大学法学院和心理学系的一名教员,在这里他担任法学和心理学 JD-PhD 项目的主管。他也为律师和心理健康领域的专业人员就伦理问题提供咨询。他 1965 年在纽约大学获得了哲学博士学位,1976 年在耶鲁法学院获得了法学博士学位。在耶鲁期间,他还担任了《耶鲁法律》(Yale Law Journal)的编辑。在他获得哲学博士和法学博士之间的这段时间,博塞夫博士作为一名临床心理学工作者在美国空军任职(1965—1968),其中有两年时间在东南亚度过。后来他在三所大学任教,在训练未来心理学工作者的同时维持一份兼职的私人诊所工作。1976 年他成为了马里兰大学法学院和约翰·霍普金斯大学心理学系的教员,发展了全国第二个法学和心理学联合项目。

1979 年,博塞夫博士成为了美国心理学会(APA)的第一个总顾问。两年之后他帮助建立了 Ennis, Feridman, Bersoff & Ewing 律师事务所。在担任 APA 法律顾问期间(1979—1989),他向美国最高法院写了 25 份以上的辩护状,向低级别联邦法院和州法院写了同样数目的辩护状,来告知这些法院与它们正在处理的案件相关的社会科学证据。在这期间,他还为 APA 伦理委员会担任法律顾问,起草了伦理委员会现行规则和程序的前身,并参与了这十年间委员会的全部 30 届会议。

博塞夫博士就伦理学和法律、心理学与公共政策的交互作用发表了 100 多篇文章和书籍章节。作为 APA 会员和美国职业心理学委员会(ABPP)在学校心理学领域的授证会员,他在三个任期中被选举为 APA 代表委员会(APA 的立法机关)成员。在前两个任期中,他参与通过了修订的伦理准则。从 1994 年到 1997 年,他是 APA 董事会的成员,董事会的职能之一是在一些涉及最严重制裁的案例中独立地审核伦理委员会的工作,就评估这些制裁给出建议。1999 年,他担任 APA 政策与计划委员会的主席。

博塞夫博士担任了美国心理学—法学协会的会长,是美国律师协会精神障碍委员会的成员,还担任了美国法学院协会精神障碍法律部门的主席。他是宾夕法尼亚、哥伦比亚特区和马里兰律师协会的成员,还是美国最高法院的律师。1997 年,他因为"对伦理学领域的杰出贡献"获得了 Arthur Furst 伦理学讲师奖。2000 年,他获得了宾夕法尼亚心理学会的年度伦理学教育者奖。在他退休时,也就是 2002 年,他获得了美国心理学—法学协会的终身成就奖。2007 年,博塞夫博士受邀参加了一个在英国牛津大学彭布罗克学院召开的为期一周的关于道德情感的座谈会,主题是"日益减少的对政府的信任"。

第 4 版序

当本书的出版商美国心理学会(American Psychological Association, APA)让我准备第四版时,我正在享受相当宁静的退休生活。我不确定这时出版另一个版本是否必要,特别是第三版在采用2002 年颁布 APA 道德准则之后不久的2003 年才新近出版。结果表明 APA 是正确的,这一版是此前任何版本中修正最多的。1995 年出版的第一版的原文仅有大约 40% 出现在这一版中。大约 50% 的 1995 年引用的文章被删除;现在包含的内容 50% 是新的,多数在 2003 年以后发表。虽然更多文章和材料在最近 5 年发表,都包括进来会超出学生所需,但是我扩充了参考文献的列表,以供希望更深入钻研特定主题的学生使用。

很明显,在专业杂志中关于法律和伦理问题的文献增长迅速,且这一领域处于变革之中。2007 年 2 月,新的《备案指南》(*Record Keeping Guidelines*)被 APA 采用(出现在此处,并被谨慎编辑)。评估、治疗和研究中对互联网的使用大量增加,APA 科学事务委员会(Board of Scientific Affairs)的顾问团发布的有关在线研究的重要报告,也包括在这一版中了。能言善辩的持反对意见者 Arnold Lazarus 和 Ofer Zur 继续反对严格遵守关于与治疗来访者无性多重关系的标准。健康保险流通与责任法案(Health Insurance Portability and Accountability Act)保护病人信息和测试安全性的含义比第三版更明显且覆盖面更广。一些新的法院决策再一次在加利福尼亚扩展责任,包括威胁潜在被害人的心理治疗病人等情况,我讨论了它们带来的影响。也许最有争议的是《美国心理学会心理伦理与国家安全总统特别工作组的报告》(*Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Psychological Ethics and National Security*)。这份报告允许心理学家为军队工作,帮助审问在关塔那摩湾等地监狱的被拘留者。我加入了这份报告的主要部分,并与文本的题目和主题相一致——美国精神病学学会的反对声明。总之,我希望最新的版本提供足够的争论与冲突来刺激心理学家、研究者、学生与老师的辩论和讨论。

一如既往,非常感谢 APA 出版部门的以下成员:出版和通讯项目的执行主任 Gary VandenBos,APA 的图书出版主任 Julia Frank-McNeil,APA 的图书高级策划编辑 Susan Reynolds,开发编辑 Ron Teeter,文字编辑 Debbie Felder 和制作编辑 Katie Funk。

我还要感谢两个聪明活泼的研究助理 Amanda Davidio Zelechoski 和 Christina Riggs Romaine，他们在发现相关文章、获得引用许可和使用方面提供了不可估量的帮助。我想表达我对德雷赛尔大学心理学系主任 Kirk Heilbrun 的感谢，他慷慨地提供了给研究助理的资金支持。我要感谢跟了我差不多 15 年的行政助理 Robin Lewis，他出色地使用计算机工作，并让我保持头脑清醒。然后，众所周知，最后的但最重要的，我要感谢学生们，他们一直使用这些材料，不断地促进其质量的提高。

第3版序

这是本书自1995年发行以来的第二次修订。这一次改版是由于自1999年以来，也就是第二版发行后，发生了一些重要事件。其中最重要的是，2002年8月美国心理学会（American Psychological Association, APA）代表委员会也就是它的决策机构，通过了一版新的伦理标准，并于2003年6月正式施行。这一新的规范取代了十余年前的版本。这一新的规范是对受到广泛批评的1992年版本的重要改进，还是仅仅“重新整理一下泰坦尼克上的躺椅”，我们将拭目以待。第二，在2001年8月，APA伦理委员会提出并由理事会通过了“裁定对APA成员不符合伦理行为控诉的规则与程序（the Rules and Procedures for adjudicating complains of unethical conduct against APA members）”的修订，并于2002年8月推行该规则。第三，联邦政府表达了对于健康治疗记录的隐私保护的关心。健康保险流通与责任法案（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）有了一定的调整，规定了从业者保证患者信息机密性的义务，于2003年4月起强制执行。关于这些义务的总结，将在本书第四单元和第十单元进行讨论。最后，尽管先前的版本提到了计算机对评估和治疗的影响，本次再版不仅限于这两个传统的领域，也从研究的角度，提高了对其影响强度的评估。我试图通过介绍计算机在心理学领域中的“三位一体”（评估、干预、调查），让读者了解伦理问题。

新版的规则与程序和2002版伦理标准均翻印在第一章中。两者在语言的使用上有很大程度的相同，但存在一些很重要的例外。我保留了1992年版本中的一些故事进行讨论，因为它们仍然相关。在引用1992年版本的文章时，我在脚注上进行了标注。

我再一次感谢APA的成员，他们迅速讨论并通过了出版这个更新并有明显修订的第三版。APA出版和通讯项目的执行主任Gary VandenBos，APA图书出版主任Julia Frank-McNeil和APA图书的高级策划编辑Susan Reynolds看到了再版的价值，并激励我继续这个项目。在本书的再版过程中，开发编辑Kristine Enderle与我的合作最为密切。文字编辑Ed Meidenbauer则帮助我改进文章的可读性。

我还要感谢Heather Hulse和Marchelle Thompson，他们是参与了维拉诺瓦法律学院和德雷克塞尔大学心理学系发起的法律和心理学项目的研究生，是我的研究助手。我想要向德雷克塞尔大学的系主任Kirk Heilbrun、维拉诺瓦法律学院院长Mark Sargent表达我的感激之情，以感激他们慷慨地让我使用他们各自领域内的资源。最后，我想要感谢那些十五年来使用过本书任一版本的学生们，他们用机智而有说服力的批评增进了本书的可用性。

第 2 版序

这本书的第一版在 1995 年由美国心理学会(APA, American Psychological Association)出版。出版以来,这本书得到了良好的反响,对此我感到很欣慰。我希望这次的修订版本会和上一版一样受到欢迎。在这个版本中,我保留了上一版的结构,将来源于各处的文章经编辑后清晰地呈现出来,并配有原始评论和参考文献。我还保留着我的初衷——对基本的伦理道德两难话题提供对立的观点,使读者能够根据独立的判断得出自己的结论。

虽然本书的结构和初衷未变,但我在这一版中做了一些改动。和其他追求完美的作者一样,我读了这本书第一版的评论,并将它们记在了心里。一个重要的评论是这本书具有种族倾向性。为了对此进行改进,我加入了加拿大伦理规范和加拿大心理学会(CPA, Canadian Psychological Association)的伦理判断系统。这些补充会使这本书对北部的科研工作者更为有用,并可以让读者对比 APA 和 CPA,提高这本书在指导伦理行为上的可读性和实用性,以及在规范职业行为上的对比性。

虽然我保留了一些老的文章作为背景介绍,但第二版中的大部分资料都是在过去的十年中发表的,一半是在过去五年中发表的。这些新资料是心理学快速更新的前沿的代表。因此,读者可以找到更多关于管理式医疗护理的资料、远距放射疗法的优点和缺点,以及最新的伦理研究信息。

我很感激 APA 的负责人同意出版这个版本。APA 出版和交流项目的执行主任 Gary VandenBos 和 APA 图书出版主任 Julia Frank-McNeil,发现了本书第二版的价值,并且鼓励我去完成它。开发编辑 Margaret Schlegel 在本书的出版过程中与我有最为密切的合作。如果不是她在文章长度上的控制和反复阅读初稿上的坚持,这个版本不会如此精简和有价值。制作编辑 Rachael Stryker 显著提高了这本书的语言表达和可读性。

如果不是维拉诺瓦法学院前院长 Steven P. Frankino 批准我休假,这个工作不会如此快地完成。也感谢法学院的现任院长 Mark Sargent 给我提供的暑期研究的经费资助。我还要感谢我的研究助理 Erik Nabors 和 Kim Picarello。他们是维拉诺瓦法学院和宾夕法尼亚药学院联合资助的法律和心理项目的学生。最后,我还要感谢在过去十年中以各种形式使用过这些资料,并提高它们的应用价值的学生们。

如果学生、心理学家和其他读者对这些资料有任何的建议,欢迎与我联系,我会在之后的版本中作出合理的改进。

第1版序

这本书代表了对过去三十年专业性工作的最终回顾。作为心理学家，与住院或门诊病人相处所获得的经验，从人类学研究中收集的数据，或者是在材料评审机构中审核他人的研究申请时的经历；作为律师为心理学家辩护，避免他们被指控为渎职或违反伦理，或者作为心理学家资格审核委员会的顾问培训人员；以及成为美国心理学会（APA，American Psychological Association）法律顾问的十年，和现在作为董事会一员的种种经历，都让我理解到，对于正在实践、学习或者做心理学研究的人来说，加强伦理价值观以及道德教育是非常有必要的。作为一个学者，指导法律学及心理学研究项目、与同事及研究生讨论伦理问题，以及给研究生教授伦理课程都促使我完成本书的写作。

作为一名教师，我发现书能阐述出伦理问题的概况，虽然有教育意义，但是有时无法引发生动的讨论，有时很难全面地展现现代心理学家面临的伦理冲突以及两难困境的各个方面，很难完整有效地对来访者、员工、学术机构以及研究被试做出终生承诺。实际上，一些学生在阅读某些报刊资料如杂志文章或书的章节后，反而在某一特定主题上得到更大的启发。虽然选择这些材料也很好，但是有些文章对于刚接触伦理学的研一学生来说，不是过于冗长就是含有太多无关的信息。另外，这些材料无法提供给学生有条理、有背景的知识，也无法平衡学生的相关知识，帮助学生更好地理解在决策中的伦理冲突，并将所有材料整合成有意义的整体。

因此过去的几年我都在课堂上采用混合的方法，试图将多种领域的内容以最佳的方式结合起来。第一，我收集的材料来源非常丰富，包括了心理学期刊和书、法律评论、法律判决、律例以及APA行政政策文件。当然，我只摘录了与心理学主要伦理冲突问题最相关、最突出的内容。

对于之前已出版的文章，我在文章前后附了说明，并对每个主题作了介绍。在这本书中，附在摘录文章中的我的评论称为编者注释（Editor' Notes 或者 Ed. Notes），尽管这些注释在文章之前或者之后以评论的形式存在。我增加这些评论用以说明在阅读中产生的问题，提出发人深思的问题并且不时地提供给读者其他的重要资源。我发现主题的组织可以帮助我们构建学习并且对主题简短的介绍可以提供给读者对全文总的看法和对阅读材料和注释的上下文背景。

从1990年开始，我一直持续编辑这些材料，那时我刚开始在哈尼曼大学（Hahnemann University）的临床健康心理学系教授一门关于伦理和职业问题的课

程。每一年,我都根据学生提出的建设性的坦率批评来修正、改进这些材料。我觉得满意的是他们的确获得了对伦理问题的敏感性和意识,并且形成了对这类复杂问题进行有意义的伦理决策的策略,我决定让这些材料有更多的听众。于是就有了这本书。

我意识到这个领域需要专业的指导,对于那些完成了正式的训练并且正在从事这方面的教学、实践和研究的心理学者,我也将这本书设计得有趣和有价值。心理学方面,在日常职业生活行为中,伦理的原则变得有强制性。这时,理解伦理问题并且对伦理问题敏感变得最重要,伦理决策技巧也是个难题。最重要的是,在这种实践状态下,伦理问题模糊不清,心理学家感觉像在海上一样。在这种时候,一本像这样的书就像锚一样——允许心理学者在暴风雨的水面上有一个短暂的喘息,在道德的航程中进行更远的航行之前,去研究星象和航标。我希望这本书能够很好地达到这个目的。

不管是对心理学者来说还是对心理学的学生来说,这本书都相当及时。因为它反映了 APA 在 1992 年对道德准则做的调整,那时将它改名为《心理学者的伦理原则和行为准则》(Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct)。对于我之前和最近的对伦理准则的解释和贯穿全书的观点,我要承担全部的责任,并且为 APA 有时很有勇气地发表专栏批评 APA 的官方政策而喝彩。不管怎样,我想强调的是我过去和目前与 APA 的关系没有暗指 APA 认可或者同意我此处的观点。

现在,我想要感谢对这本书的出版有过帮助的人。首先,我最想感激的是我的学生们多年来对材料的有思想的、真诚的批评。我也感谢 APA 出版与宣传项目的支持。APA 出版和通讯项目的执行主任 Gary VandenBos 很早就鼓励我做这个计划,尽管那时这不是正规版式。APA 图书出版和发展主任 Julia Frank-McNeil 在萌芽阶段帮助我形成了正文的轮廓。早期很多给我帮助和意见的同事,我只能匿名感谢了。开发编辑 Margaret Schlegel 不仅正确地给予了大量的混合的正强化和必要的督促,而且还为提高本书的组织和结构提供了必要的建议。制作编辑 Molly Flickinger 以及助手 Sarah Trembath 对本书的语言和可读性有很大的贡献。APA 伦理办公室主任 Stan Jones 和心理学界伦理方面最多产和有思想的学者之一 Ken Pope,对我初稿的内容和结构提出了很多细节的意见。这些贡献对我文章的进步是不可估量的。当然,我对文章仍然存在的缺点承担全部责任。

维拉诺瓦法律学院(Villanova Law School)院长 Steven P. Frankino 在我写作的四个夏季都大力支持我的写作、编辑以及修正工作。宾夕法尼亚大学医学院——哈尼曼大学作为我研究的另一个根据地,让 Robin Lewis 做我的秘书,而他绝对是一个最有效率、聪明、用处很大的秘书。最后我要感谢 Lowell Bruket,Adam Rosen, Steven Anderer, Drew Messer,Natacha Blain 以及 Trudi Kirk,他们在整个写作工作中作为我的研究助理处理了很多枯燥的工作,如,查材料、寻找可读版本、获得可印许可,这些是学生们一般都不愿做的。

如果任何一位学生、心理学家或者读者有一些相关的文章,而本书没有提到,或者认为本书某一部分无法很好地体现主题,我很乐意接受您的来信。请提供给我影印版,或者至少提供给我文章出处。我很乐意在之后的版本中参考您的建议。

译后记

2008年，重庆大学出版社雷少波编辑提供了一份书单，请中国心理学会教学工作委员会帮助选择“万卷方法——心理学研究方法丛书”所包括的书籍，我们一致认为应该包括这本《心理学研究中的伦理冲突》。主要的想法是国内的心理学蓬勃发展会遇到很多这方面的问题，亟需相关的实践经验和他山之石。但由于这本书篇幅较大，内容涉及多个心理学专业领域，翻译的任务相当艰巨。于是教学工作委员会的十位老师从2008年底接受邀请，着手进行翻译。各单元的分工如下：第一单元（天津师范大学心理学系李幼穗教授）；第二单元（华东师范大学心理学院桑标教授）；第三单元（苏州大学心理学系贾凤芹博士、刘电芝教授）；第四单元（福建师范大学教育学院连榕教授）；第五单元（西南大学心理学院陈红教授）；第六单元（华中师范大学心理学院刘华山教授）；第七单元（天津师范大学心理学系李幼穗教授）；第八单元（深圳大学心理学系王晓均教授）；第九单元（中国政法大学心理学系刘邦惠教授）；第十单元（广州大学心理学系聂衍刚教授）；各版前言和作者简介由我负责完成。最初的设想是2009年暑假前稿件汇总到我这里，但由于很多老师工作繁忙，直到2010年底译稿才最终交齐。我对全部译稿进行了审读，提出修改意见并请各单元主译老师最后确认完成。感谢各位老师在翻译过程中的全力配合和努力，特别是李幼穗老师，在有老师由于时间安排不开不能保证修改的时候，克服困难帮助我们完成了这一单元的翻译工作。还要感谢重庆大学出版社的雷少波和林佳木两位编辑的耐心和督促。最后，还特别要说明的是，书中很多内容实践性很强，我们虽然尽量选择有相关背景的译者，但由于文化背景和学科发展的差异，我们在翻译过程中可能有一些把握上不一定准确甚至理解错误的地方，希望读者及时和我们以及出版社沟通，为不断完善我们国家心理学科的伦理规范工作做出我们的贡献。

北京大学心理学系 苏彦捷

2011年4月30日

万卷方法总书目

万卷方法是我国第一套系统介绍社会科学研究方法的大型丛书，来自中国社科院、北京大学等研究机构和高校的两百余名学者参与了丛书的写作和翻译工作。至今已出版图书86个品种，其中绝大多数是2008年以来出版的新书。

86 范式与沙堡：比较政治学中的理论建构与研究设计
978-7-5624-6375-7

85 社会科学方法论（国家十二五规划教材）
978-7-5624-6204-0

84 田野工作的艺术
978-7-5624-6257-6

83 图解AMOS在学术研究中的应用
978-7-5624-6223-1

82 应用STATA做统计分析（更新至STATA10.0）
978-7-5624-5986-6

81 社会调查设计与数据分析——从立题到发表
978-7-5624-6074-9

80 质性研究导引
978-7-5624-6132-6

79 APA格式——国际社会科学学术写作规范手册
978-7-5624-6105-0

78 如何做心理学实验
978-7-5624-6151-7

77 话语分析导论
978-7-5624-6075-6

76 心理学学位论文写作全程指导
978-7-5624-6113-5

75 心理学研究方法导论
978-7-5624-5828-9

74 分类数据分析
978-7-5624-6133-3

73 结构方程模型：AMOS的操作与应用（附光盘版）
978-7-5624-5720-6

72 AMOS与研究方法（第2版）
978-7-5624-5569-1

71 爱上统计学（第2版）
978-7-5624-5891-3

70 社会科学定量研究的变量类型、方法选择与范例解析
978-7-5624-5714-5

69 案例研究：设计与方法（中译第2版）
978-7-5624-5732-9

68 问卷设计手册：市场研究、民意调查、社会调查、健康调查指南
978-7-5624-5597-4

67 广义潜变量模型：多层次、纵贯性以及结构方程模型
978-7-5624-5393-2

66 调查问卷的设计与评估
978-7-5624-5153-2

65 心理学论文写作——基于APA格式的指导
978-7-5624-5354-3

64 心理学质性资料的分析
978-7-5624-5363-5

63 问卷统计分析实务：SPSS操作与应用
978-7-5624-5088-7

62 如何做综述性研究
978-7-5624-5375-8

61 质性访谈方法
978-7-5624-5307-9

60 量表编制：理论与应用（校订新译本）
978-7-5624-5285-0

59 质性研究：反思与评论（第2卷）
978-7-5624-5143-3

58 实验设计原理：社会科学理论验证的一种路径
978-7-5624-5187-7

57 混合方法论：定性研究与定量研究的结合
978-7-5624-5110-5

56 社会统计学
978-7-5624-5253-9

55 校长办公室的那个人（质性研究个案阅读）
978-7-5624-4880-8

54 泰利的街角（质性研究个案阅读）
978-7-5624-4937-9

53 客厅即工厂（质性研究个案阅读）
978-7-5624-4886-0

52 标准化调查访问
978-7-5624-5062-7

51 解释互动论
978-7-5624-4936-2

50 如何撰写研究计划书
978-7-5624-5087-0

49 质性研究的理论视角：一种反身性的方法论
978-7-5624-4889-1

48 社会评估：过程、方法与技术
978-7-5624-4975-1

47 如何解读统计图表
978-7-5624-4906-5

46 公共管理定量分析：方法与技术（第2版）
978-7-5624-3640-9

45 量化研究与统计分析
978-7-5624-4821-1

44 心理学研究要义
978-7-5624-5098-6

43 调查研究方法（校订新译本）
978-7-5624-3289-0

42 分析社会情境：质性观察和分析方法
978-7-5624-4690-3

41 建构扎根理论：质性研究实践指南
978-7-5624-4747-4

40 参与观察法
978-7-5624-4616-3

39 文化研究：民族志方法与生活文化
978-7-5624-4698-9

38 质性研究方法：健康及相关专业研究指南
978-7-5624-4720-7

37 如何做质性研究
978-7-5624-4697-2

36 质性研究中的访谈：教育及社会科学研究者指南
978-7-5624-4679-8

35 案例研究方法的应用（中译第 2 版）
978-7-5624-3278-3

34 教育研究方法论探索
978-7-5624-4649-1

33 实用抽样方法
978-7-5624-4487-9

32 质性研究：反思与评论（第 1 卷）
978-7-5624-4462-6

31 社会科学研究的思维要素（第 8 版）
978-7-5624-4465-7

30 哲学史方法论十四讲
978-7-5624-4446-6

29 社会研究方法
978-7-5624-4456-5

28 质性资料的分析：方法与实践（第 2 版）
978-7-5624-4426-8

27 实用数据再分析法（第 2 版）
978-7-5624-4296-7

26 质性研究的伦理
978-7-5624-4304-9

25 叙事研究：阅读、倾听与理解
978-7-5624-4303-2

24 质化方法在教育研究中的应用（第 2 版）
978-7-5624-4349-0

23 复杂调查设计与分析的实用方法（第 2 版）
978-7-5624-4290-5

22 研究设计与写作指导：定性、定量与混合研究的路径
978-7-5624-3644-7

21 做自然主义研究：方法指南
978-7-5624-4259-2

20 多层次模型分析导论（第 2 版）
978-7-5624-4060-4

19 评估：方法与技术（第 7 版）
978-7-5624-3994-3

18 焦点团体：应用研究实践指南（第 3 版）
978-7-5624-3990-5

17 质的研究的设计：一种互动的取向（第 2 版）
978-7-5624-3971-4

16 组织诊断：方法、模型和过程（第 3 版）
978-7-5624-3055-1

15 民族志：步步深入（第 2 版）
978-7-5624-3996-7

14 分组比较的统计分析（第 2 版）
978-7-5624-3942-4

13 抽样调查设计导论（第 2 版）
978-7-5624-3943-1

12 定性研究（第 4 卷）：解释、评估与描述（第 2 版）
978-7-5624-3948-6

11 定性研究（第 3 卷）：经验资料收集与分析的方法（2 版）
978-7-5624-3944-8

10 定性研究（第 2 卷）：策略与艺术（第 2 版）
978-7-5624-3286-9

9 定性研究（第 1 卷）：方法论基础（第 2 版）
978-7-5624-3851-9

8 社会网络分析法（第 2 版）
978-7-5624-2147-4

7 公共政策内容分析方法：
978-7-5624-3850-2

6 复杂性科学的方法论研究
978-7-5624-3825-0

5 社会科学研究：方法评论
978-7-5624-3689-8

4 论教育科学：基于文化哲学的批判与建构
978-7-5624-3641-6

3 科学决策方法：从社会科学研究到政策分析
7-5624-3669-0

2 电话调查方法：抽样、筛选与监控（第 2 版）
7-5624-3441-7

1 研究设计与社会测量导引（第 6 版）
978-7-5624-3295-1

目　录

第四单元 保密性、特权和隐私

第五单元 多重关系

第六单元 心理评估

第七单元 治疗和其他形式的干预

第八单元 学术界:研究、教学与指导

第九单元 司法环境

第十单元 心理学的商业化

导论

伦理学是一门以个人、机构、组织和相关职业共同持有的某些假设为研究对象的学问。人们认为伦理学可以帮助他们分辨是与非，并最终做出正确的道德判断(Bersoff & Koeppl, 1993; Delgado & McAllen, 1982)[1]。

思考一下以下情景：

1. 一位男教授负责指导一名同龄女博士研究生的研究。几个月后，这名学生告诉教授，她想与他建立交往关系，并且问是否可以在饭桌上讨论这件事。

2. 在阅读一本学术期刊时，年轻的助理教授发现，他的一位老同事在一篇新近发表的文章中，使用了另一位心理学家的研究成果，却没有做适当的出处说明。

3. 一位急需长期集中治疗的患者告诉医生，虽然80%的医疗费将由保险公司支付，但是由于个人财务问题，无法偿付余下的20%，所以请求医生酌情免去这部分费用。

4. 一位雇主命令属下的女工业心理学家，使用有效度问题的测验，来评估申请非技术性职位的几名求职者。

5. 一位审判心理学家负责测试一名刑事被告，评价他是否符合法定精神病条件，以原谅他的犯罪行为。然而这位心理学家却受到一名律师的高薪聘请，要求他在没有确切证据的情况下，证明当事人事实上为非精神病患者。

虽然这些假定的却又符合实际的情景，不可能同时出现在每个心理学家的工作中，但是心理学研究者和心理学的实践工作者的确每天都面临着这些问题。每一个特殊问题都要求心理学家做出正确合理的道德判断。然而做到这一切，需要拥有大量的技巧和独特的个性。

首先，心理学家必须敏感于并领会一个事实，即某些情景确实能引发伦理和道德问题。他或她必须了解有哪些出版物能够以伦理和道德的方式，帮助他们解决这些问题。这些出版物包括：(a)《美国心理学会道德规范》(APA's,2002)；(b)指导教学、实践和研究的其他APA文件；(c)规范人们工作行为的州级和国家级法律和

---

[1] 从事伦理学研究的学者可以分为两类，描述伦理学家和规范伦理学家。描述伦理学家从事于揭示和描述特殊种群的道德信条。像经验科学家一样，他们以一种客观严格的方式收集有关伦理信念的数据。一旦描述伦理学家完成了对道德基本原则的鉴别和分析，规范伦理学家就开始尝试利用这些原则，开出具体的行为处方，以指导具体的行为。因此，规范伦理学家更像哲学家或立法者，而非科学家。正式的伦理规范即为规范伦理学的一种表达方式。

条例[1];以及(d)某些机构或组织保证人们工作环境的有关政策。当然不仅仅限于此。

然而鉴于某些原因,仅有这些说教性知识是不够的。首先,尽管有一系列规范、方针、法律和政策帮助人们做出道德判断和评价道德判断,但是这些规则常常充斥了大量的歧义和概括性语言,因此无法明确地帮助解决伦理冲突。其次,无论何时判断是否采用某种行为,所应用的原则往往不止一种,这已经是一种毫无例外的定律了。再次,从起始层面上来说,规范和法律都是以基本伦理原则为基础的,这些原则包括抵制犯罪、尊重他人的自主权以及行为公正合法。因此,尽管拥有了许多规则性知识,明确了自己应尽的道德原则,了解了规则与规则之间的冲突,心理学家在某些时候还是必须做出抉择,决定自己在众人面前究竟要树立什么样的形象。因而,伦理抉择最终取决于一个人的性格和行为能力的成熟度、智慧性和谨慎性。

著书目的

任何有关心理学的伦理著作成书的一个重要目的,都是向读者介绍一系列旨在规范职业行为、科学研究行为和学术行为的正规强制性条例公文。这也是本书不可推卸的责任。在这一点上,本书对于从事伦理学课程学习的心理学研究生们将大有用处。事实上,鉴于本书内容的相对全面性和对当前主要心理伦理冲突的应时反映,本书可以用作这些课程的基础教科书。另外,本书涉及了《美国心理学会道德规范》2002 年版的主要变化,以及用于裁决违反道德行为诉讼的《规则与程序》2001 年版,因此本书也可以帮助心理学专家们及时了解各规则的变化。

然而,本书的主要目的在于,帮助当前的心理学家以及未来的心理学家读者,培养一颗对心理工作伦理层面的敏感心,激发他们对于伦理层面的深刻思考,让他们以一种反思性、批判性和怀疑性的眼光来看待自己的行为,看待在对待、教授、研究人类行为和动物行为问题时所遵守的伦理规则。

著作规划

为了达成以上目的,我在规划和创作本书时采用了一种有效但是对于社会科学家和行为科学家来说极为陌生的方式。我试图在罗列心理学、法律和伦理学等方面历史、经典和当代的文献资料的同时,融入叙事文体、趣味问题、伦理困境和扩展阅读建议。

本书将文章、章节摘录、法律决议、法令、政策公文、原著章节介绍、编辑注释、评论等以逻辑的顺序组织成册,这种逻辑性有利于教学、兼纳多方面观点、激发讨论、分析和诊查当代心理领域中的伦理冲突和问题。因为许多学生喜欢讨论现实情景中的道德冲突问题并从中受益,因此我在许多文章中摘录并自创了一些有关这些道德冲突的小短文。我推荐使用本书的教师全面利用这些小短文的激发性特点,探寻其中隐含的、有时又相互抵触的伦理道德价值观。

本书共分十单元。第一单元"伦理规范及其实施",介绍心理伦理规范的发展史和当代心理学家所面临的大量伦理问题。此外,本章还收录了《美国心理学会道

[1] 这些法律包括司法系统中现存的许可或认证法令和管理条例。心理学家行为时必须严格遵守这些法律。不过,APA 的某些规定经常与这些法律文件相左。

德规范》的最新完整版，以及美国心理学会伦理委员会借以裁决道德投诉的《规则与程序》，同时还涵盖了对于违反道德行为制裁办法的描述。

第二单元“伦理规范的实践”，反映了伦理规范中隐含的崇高理想与心理学家现实行为中理想实现程度之间的差距与不同。本章还涉及了伦理规范的相互冲突以及心理学家行为的其他约束物。

尽管第三单元有一个谦虚坦诚的题目“学习伦理学”，然而实际上本单元才是全书的精华和中心。在实际教学中，一些教师也想以本单元作为伦理课程的开篇。本单元呈现和定义了一些作为伦理规范基础的基本道德原则，并为解决伦理困境与冲突提供了多种多样的策略。

因为本书前三单元为学习伦理问题构建了一个主框架，所以后七单元的任务就是分析和研究伦理学中的主要冲突和时事冲突。第四单元“保密性、特权和隐私”，定义了保密、特权、隐私这些重要术语，并就一些棘手问题的处理进行了讨论，比如如何保护有暴力倾向的当事人、儿童、患艾滋病的当事人的隐私。第五单元“多重关系”，展示了心理学家与当事人或被试的各类交往中不道德行为的发生过程，介绍了关于禁止患者与医师之间性亲密行为的反对观点，并提出了一些策略来避免双重关系产生的许多几乎无法回避的问题。第六单元“心理评估”与第七单元“治疗和其他形式的干预”介绍了各自相关主题所固有的传统问题，以及最新出现的当前问题，如计算机应用下的测验和治疗，如何对待多元文化人群，心理学家获得处方权自主开药治疗精神病的进展情况。

第八单元“学术界：研究、教学和指导”简要介绍了对人类和动物的心理学研究，并集中论述了对人类进行欺骗性研究的道德两难困境。本单元也提出了心理学教育者们所面临的问题，使其发现隐藏在学术机构象牙塔内紧随他们而行的道德规则。第九单元“司法环境”的话题范围相对狭小、专业，但是它提出了心理学从业者和心理学研究者日益面临的一系列现实问题。

全书在第十单元以另一个主题——“心理学的商业化”作为结尾，越来越多的心理学家深受这一问题的影响，随着政府和法院越来越把提供心理健康服务视为一种商业营利行为，而非学术性职业者服务于公众利益的行为，心理职业者的行为也受到更多的监督和管制。

相较于科学和学术领域的心理学家，本书把更多的篇幅给了实践领域的心理学家，因为那些在学校、医院、诊所、咨询中心和商业组织中服务于客户的心理学家们，鉴于其工作性质，最有机会遭遇到伦理行为不当的投诉。不过本书也对心理学研究者的伦理问题给予了重要关注，对于一些讨论教学伦理和师生关系伦理的珍贵文章做出了摘录。

我相信本书已经达到了预期的目标，并希望各位读者能感受到它的适时性、教育性和趣味性，也许还有一些挑战和魅惑。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Bersoff, D. N., & Koeppl, P. M. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, *3*, 345-357.

Delgado, R., & McAllen, P. (1982). The moralist as expert witness. *Boston University Law Review*, *62*, 869-926.

伦理规范及其实施

第一单元

每种职业都具有各种各样的特点，包括选拔录用、教育培训时长、行业语言的发展（包括技术术语），以及对于进入实践的控制。各种职业或通常被视为职业的工作，其形成的共同特征是一套伦理规范的发展与普及。这套规范既强调对某些基本价值的追求，比如服务公众、关心职业对象的福祉等，同时又向公众传达了立志遵循本规范从业者的良好品质。

学习伦理学和某职业组织的特殊行为规则，是有志从事该职业的学生逐渐步入职业生涯的一个重要过程。伦理学告诉人们，"组织成员如何规定相互之间所负有的特殊责任，以及如何定义他们工作所遵循的社会秩序"（Erikson, 1967, p. 367）。又或者，"伦理学是指管理某职业从事者行为的准则或标准"（Committee on Professional Practice and Standards, 2003, p. 595）。因此，就对责任有正式表述的伦理规范本身来说，它理应指导学习者如何与同事交往，如何履行职业角色和责任，从而为当事人、患者、雇主、研究参与者、学生、机构和公众提供服务。

理想化的伦理规范应该成为指引适用此规则的职业成员解决道德难题的向导，并强调保护职业所服务对象利益的基本宗旨。理想化的伦理规范应该是一系列崇高原则的盛大陈述，通过反映职业道德的正直性来赢得公众的尊重。然而在现实中，伦理规范的作用却是使某职业大多数成员提出的伦理观点合理化，而这些所谓"大多数"是由职业同仁授权来裁决伦理问题的。因此，伦理规范不可避免地具有了过时性、保守性、民族中心主义和政治折衷性等特点。不过对这些现实的认识，不应阻碍伦理规范编纂成文的进程，因为这些伦理规范最完整地实现和表达了基本的伦理原则。

本单元通过向读者介绍心理职业的伦理规范（同时也是职业良知的反应），促进心理学家的社会化。本单元开篇叙述了美国心理学会（APA）伦理规范的发展简史。很少有人知道，APA 在成立科学和职业伦理委员会以后 14 年，也就是 1952 年，才通过了它的第一部伦理规范。事实上，20 世纪四五十年代，APA 伦理规范的制定引起了热烈的争论。作为反对者之一，著名心理学家加尔文·豪（Hall, 1952）认为，伦理规范：

> 落入了那些圆滑的骗子手里，他可以读着规范找寻可以侥幸逃避的条款。同时，因为任何规范中都充斥了大量的歧义和疏漏，他也可以指着规范说，"瞧，上面没有说我不可以做这个"或者"我可以随心所欲地解释这条规则"，从而将不道德的行为合理化。

一些当代的作者(Schwitzgebel & Schwitzgebel,1980)也纷纷抱怨,认为伦理规范"表述模糊、执行不力。因此,无论对职业从事者还是客户,它都几乎无法提供具体明确的指导"。在这一单元中,我完整地录入了APA伦理规范的最新版本,它于2002年颁布,2003年6月生效实施,全称为《心理学家的伦理准则和行为规范》。在学习过规范最新版本及相关内容后,读者也许想知道,究竟伦理规范批评者们的担忧在新版规范中有没有得到解决呢?

假如APA伦理规范的全部作为,只是唤起良知和告诉遵守者应做的事和不应做的事,那么它的作用绝不会超过一本礼仪书——一本指导科学家、学者、实践者们如何行为的工作手册。然而事实并非仅此而已。这项规范由APA所成立的伦理委员会执行,其主要目的是裁决同行业者和公众对APA会员不道德行为的投诉。一旦通过裁决发现,某APA会员被投诉有道德违规行为,委员会可以自主实施惩戒。如果案件严重,还可提请APA理事会开除该心理学家。如果案件十分严重,除了这种组织内部的惩戒,还会交由州级许可部门或机构雇主进行补充裁决。关于伦理委员会如何运作,审查投诉时有哪些依据,裁决惩戒的范围有多大,对投诉人和被投诉的心理学家采取何种保护等诸多问题在由伦理委员会和理事会通过的《规则与程序》中均有清楚表述。

任何一套规则如果最终发现,有人违背了伦理准则,而对其惩戒的执行结果却使他的职业名誉和经济安全受损,或是使某人丧失职业行为许可或联邦研究资金的申请权,那么它必须要符合公平原则或法定诉讼程序。当读者仔细阅读APA的《规则与程序》时,可能会提出疑问,它是否最大化地符合法定诉讼程序?换言之,APA是对所谓伦理违背者给予了过多的保护,还是根本就保护不足?

在全书的后九单元,我详细分析了心理学家普遍面临的各种伦理困境。在本单元开端,我将介绍第一部伦理规范的发展简史,以及大约60年前我们的前辈所关注的一些问题。然后我总结了一项最近进行的对心理学家所做的调查,调查描述了烦扰心理学家们的大部分伦理问题。其中两类问题与从业者有关,一类与学者有关,另一类同时涉及职业和学术两个领域。思考一下,你能想出这几类问题都是什么吗?

总之,第一单元的目的就是开启心理伦理学的普及化和大众化进程,并就以后单元的主题向读者做出简要介绍。

参考文献

Committee on Professional Practice and Standards. (2003). Legal issues in the professional practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*, 595-600.

Erikson, K. T. (1967). A comment on disguised observation in sociology. *Social Problems*, *14*, 366-373.

Hall, C. S. (1952). Crooks, codes and cant, *American Psychologist*, *7*, 430-431.

Schwitzgebel, R. L., & Schwitzgebel, R. K. (1980). *Law and psychological practice*. New York: Wiley.

美国心理学会伦理规范发展简史 1

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donald N. Bersoff)

美国心理学会(APA)成立于1892年,然而它的第一部伦理规范的诞生却经历了整整60年,并且规范的产生还引发了一场十分激烈的争论(关于争论事例详见Hall,1952)。尽管科学和职业伦理委员会早就于1938年成立,但是那时委员会的运作完全非正式化,而且没有任何书面形式的规则。直到10年后,委员会才提议制定一部正式的规则。最终,在1952年9月4日,APA代表大会,作为APA立法机构,通过了名称为《心理学家伦理标准》的APA正式规则。这项标准的颁布只是暂时性的,在使用了仅仅3年之后,由APA全体会员一款一款地投票表决,最终赋予其永久性效力。

第一部伦理规范的起草小组被命名为心理学伦理标准研究委员会。当时的委员会主席是尼古拉斯·赫伯斯(Nicholas Hobbs),其他七位成员不乏学识渊博者,诸如斯图亚特·库克(Stuart Cook)、海伦·撒珍特(Helen Sargent)和唐纳德·苏伯(Donald Super)这样的知名人士。委员会的运作方式也相当独特。由爱德华·特曼(Edward Tolman)主持的前任委员会认为,伦理标准的准备过程应该建立在大量调查研究的基础上:

> 许多心理学家之所以对新规则制定程序的提议表示赞同,是因为这种程序抛弃了传统的逻辑推理的制定方式,采取了一套经验主义的新方法,即伦理准则的提出必须以心理学家解决伦理问题的各种经历之原始数据为基础。(APA,1953,p. ⅷ)

因此,在1948年,当时的7 500名APA会员均收到了一封来信,信中邀请他们用匿名方式描述一种他们经历过的有关心理学家进行伦理抉择的情景。起草委员会共收到回复1 000多份,然后他们将这些伦理问题分为六大种类:(a)伦理标准与公共责任,(b)与当事人交往中的伦理标准,(c)教学中的伦理标准,(d)研究中的伦理标准,(e)写作与出版过程中的伦理标准,(f)职业伦理标准。

虽然到了20世纪50年代,APA的会员规模不断壮大,但值得注意的是使用于临床心理医师的伦理标准仍旧只有“与当事人交往”一种(可以参见本章稍后内容中的伦理规范最新版本)。

《心理学家伦理标准》的起草工作开始于1949年初。草案是以1 000多份回执

中搜集的问题事件为基础制定的，然后递交 APA 大会审议，一类问题一类问题地不断修改，并刊登在《美国心理学家》杂志上。值得强调的是，草案的最终稿于 1952 年 9 月提交 APA 代表大会并通过。

最近，两个最新版本的伦理准则因为用词含糊不清、模棱两可受到评论家们的关注。最初起草准则的委员会关注的对象不仅相似，且更为广泛，即："是否仅仅考虑那些具有明显伦理意味的道德事件？可不可以将关注范围扩展到职业行为和礼仪层面上？"（APA，1953，p. ix）委员会最终决定采用后一问题的肯定答案，即将关注范围扩大化。但同时又用严密性的语言对不同层面的问题进行了区分：

> 大体来说，凡涉及具有显著性伦理意味问题的准则，措辞都比较强硬，比如这些短语："这是违反道德的"、"心理学家有义务"、"心理学家应该"、"心理学家必须"。凡涉及鼓励良好行为问题的准则，措辞就稍微缓和，比如这些短语："这是违背职业规定的"、"人们希望心理学家能够"、"良好的行为要求我们"、"心理学家通常应该"。凡涉及礼仪或礼节性问题的原则，措辞常带有反映礼仪性要求的修辞语，如"职业礼仪建议我们"、"从礼仪的角度来说"，等等（APA，1953，ix）[1]。

熟读原版伦理规范是一件很值得去做的事情，不过在此不再赘述。《标准》中有许多条款可能在今天都被视为违法，比如禁止在报纸和广播上发布广告的规定。《标准》中虽然也有关于双重关系的警示性原则，但是却没有明确的表述禁止同现在和以前的客户发生性关系，因为直到 1979 年以前性的问题还未曾显现。不过，原始版本的伦理规范最独特的方面还在于，它的起草者们避开了"书斋式的研究方式"（Hobbs，1948，p. 82），偏爱于"一部以经验主义方式制定的规范"（Hobbs，1948，p. 83），并且这些所谓"经验"数据是从 APA 成员反映的问题事件中收集而来的。或者，正如高兰（Golann）在 1969 年所评论的："《心理学家伦理标准》的独特之处就在于，它是建立在心理学家日常职业行为的伦理抉择上，而不是一个委员会闭门编写的。"（Golann，1969，p. 454）

然而，波普（Pope）和维特（Vetter）在 1992 年曾指出，"APA 再也没有组织过一场邮件调查作为基本规范修订的依据，即使是从全体会员总体中抽取代表性样本的小规模调查（Pope & Vetter，1992，p. 398）。两个最新版本规则的起草虽然也经过 APA 全体会员的评论和建议，但它们都是由指定的任务团体完成的。不过，就在 92 版规范起草之时，波普和维特做了一项尝试，即重复原始规范制定时搜集问题事件的方法。他们向随机抽样选出的 1 319 名 APA 会员各邮寄了一份调查问卷，邀请他们描述一件近期使其困扰的伦理事件。调查共接到 679 位心理学家的回复，问卷回收率为 51%。请读者在阅读以下内容之前，先猜测一下五种最具困扰的事件都有哪些？

最受关注的五种事件及其百分比如下：(a) 保密，18%；(b) 模糊不清、双重的或冲突性的人际关系，17%；(c) 报酬的来源、计划、环境和方式，14%；(d) 学术环境，教学困境，培训，18%；(e) 法律心理学领域，5%。读者或许会希望研究一下新版规

---

〔1〕 关于此讨论请参见本章稍后内容中，新版伦理规范《序言与适用》部分有关修饰语使用的表述。

范，看看这几大问题在规范的表述中是否给予了同等份量的重视。

其他种类的事件，如性问题、伦理规则、种族歧视、心理干预过程记录、监督管理等，关注率均不超过4%。不过有趣的是，在关注百分比最高的五大种类中，只有双重人际关系、报酬问题和法律心理的某种形式等三种，向 APA 伦理委员会(American Psychological Association, Ethics Committee, 2006)投诉的非常多。如果要对保密和学术领域的问题加以考虑的话，他们很少会向 APA 投诉。

参考文献

American Psychological Association. (1953). *Ethical standards of psychologists*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association, Ethics Committee. (2006). Report of the Ethics Committee, 2005. *American Psychologist*, *61*, 522-529.

Golann, S, E., (1969). Emerging areas of ethical concern. *American Psychologist*, *24*, 454-459.

Hall, C. S. (1952). Crooks, codes, and cants. *American Psychologist*, *7*, 430-431.

Hobbs, N. (1948). The development of a code of ethical standards for psychology. *American Psychologist*, *3*, 80-84.

Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, *47*, 397-411.

评论：

1992 年波普和维特介绍了心理学家作为教师、学生、专家所面临的各种各样的伦理问题。所有这些问题将在本书的以后章节做详细论述。要了解引发伦理监督的各类行为的更多讨论，请参阅 Ford, G. (2001). *Ethical reasoning in the mental health professions*. Boca Raton: CRC Press; Hanson, S. L, Kerkhoff, T. R, & Bush, S. S. (2005). *Health care ethics for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association; Peterson, C. (1996). Common problem areas and their causes resulting in disciplinary actions. In L. Bass, S. DeMers, J. Ogloff, C. Peterson, J. Pettifor, R. Reaves, et al. (Eds.), *Professional conduct and discipline in psychology* (pp. 71-89). Washington, DC: American Psychological Association。

福德和贝斯(Ford & Bass)等人的文章对伦理规范的发展史进行了更为详细地介绍。自 1952 年 APA 制定并出版了第一部伦理规范以来，前后共有包括当前版本在内的九个后继版本。详见 American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073。

1992 年的修订版是当前版本的前一版本，它的通过基于两个原因。第一，联邦贸易委员会对 1981 年版本个别条款的合法性非常关注。想了解有关美国政府对 APA 伦理规范感兴趣的原因，请参阅第 10 章“心理学中的经济问题”。第二，1981 年版本的许多条款被认为存在歧义。事实上，1981 年版本的实施受到了一位被州立执照核发部门处罚的临床心理医师的挑战。在 1990 年的这起案件中，州立执照核发部门集体投票决定撤销该心理学家的工作执照，因为他违反了 1981 年版本的伦理规范。这种现象很正常。许多约束心理学家行为的州级法律都借鉴了 APA 伦理规范的内容。如果一位执证

的心理学家违背了 APA 伦理准则，那么他（她）就会受到相关州级部门的处罚。详见 Kirkland, K., Kirkland, K. L, & Reaves, R. P. (2004). On the professional use of disciplinary data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 179-184。最严重的处罚形式是吊销工作执照，这会带来一些严重的经济后果。详见 Schoenfeld, L., Hatch, J., & Gonzalez, J. (2001). Responses of psychologists to complaint filed against them with a state licensing board. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 491-495。鉴于州级部门处罚的严重性，这位心理学家向该部门提出抗议，认为当时指控其行为的许多序言和原则条款的模糊表述违反了宪法精神，而且对潜在的违规行为并未给出适当的解释。他的最主要观点是，在联邦和州级宪法的体系下，州政府以伦理标准为依据剥夺他的工作权利是十分不公正的，大大违背了法定诉讼程序，因为这些伦理标准就算是才智高超的心理学家也无法理解。

考虑到 1981 年版本的序言和诸原则，法庭同意该心理医师的话。法庭认为 1981 年版本的用语并没有清楚地告知执证者哪些行为是被禁止的。不过，虽然法庭驳回了该心理学家认为指控自己的原则违背宪法精神的上诉，但法庭声明：

> 心理学家有权利和需求要求，指导其行为的伦理行为规范表述必须足够清晰明确，以符合现行宪法标准，为行为者指明行为的界限。虽然法庭已经判决这些存在问题的原则是符合宪法标准的，但这是针对其大部分内容来说的，并且要将误差考虑到最小（White v. North Carolina State Board, 1990）。

这种不明确性严重地损害了一些心理学组织及其成员。因此，大家对 1992 年版本曾寄予了很大的期望，但不幸的是它后来也引发了大量的争议。该版本在 APA 期刊的一个专栏上受到了一大批有伦理问题经历的心理权威人士的质疑。详见 Keith Spiegel, P. (Ed). (1994). The 1992 Ethics Code: Boon or bane? *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 315-387。无论从科学、实践还是公众兴趣的角度，大多数评论者都赞同对重要伦理问题应该慎重对待，但是他们也发现 1992 年版本缺乏清晰性，其中的某些限定语会导致许多条款无法实施，最终无法完满完成保护公众利益的使命。这就引发了一场试图创立新型改进版本伦理条例的五年运动，下一段将对其进行详细描述。

APA 伦理规范被视为是 APA 政策的一种表达。除非有紧急情况，所有 APA 政策都由其立法主体 APA 代表大会通过。代表大会也颁布了《学会准则》（ARs），这是一部关于管理 APA 行政系统的规则。AR 的 20-4.1 条这样写道：

> 伦理委员会有责任时刻监督最新通过的伦理条例，并对条例进行必要的修改。当执行监控职能时，如果有必要，伦理委员会可以成立一个特殊委员会。

1997 年伦理委员会指派伦理规范任务推行委员会起草 2002 版规范。经过一些细小改动，该规范草案由 2002 APA 代表大会全体通过，并于 2003 年 7 月生效施行。想获取任务推行委员会的简介，请参阅 APA Ethics Committee. (2002). Report of the Ethics Committee, 2001. *American Psychologist*, 57, 646-

653; APA Ethics Committee. (1998). Report of the Ethics Committee, 1997. *American Psychologist*, 53, 960-980; APA Ethics Committee. (1996). Report of the Ethics Committee, 1995. *American Psychologist*, 52, 897-905。

普遍认为伦理规范的制定目的包括,"(1)通过展示一些抱负性原则,鼓励人们在伦理框架之内进行思考和抉择,从而推广一种理想型行为。(2)通过监控手段和惩罚那些违背具有强制规定性行为标准的人,来管理从业者的行为"。请参阅 Pettifer, J. L. (2004). Professional ethics across national boundaries. *European Psychologist*, 9, 264-272; 也参见 Fisher, C. B. (2004). Challenges in constructing a cross-national ethics code for psycologists. *European Psychologist*, 9, 273-277(伦理规范的制定目的,即创造一种职业,普及一种职业,并使公众相信一种职业是一个拥有高行为标准成员的集合体)。

2002 年版本对 1992 年版本的许多条款进行了重新组织和重新表达。详见 Knapp, S., & Vandecreek, L. (2003). An overview of the major changes in the 2002 APA Ethics Code. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 301-308。凡本书所录 2002 年版本中出现 1992 年版本的摘录句时(仍旧很贴切的条款),我都会以脚注的形式将其推论过程加以注释。当读者仔细阅读最新版行为规范及保证其实施的《规则与程序》时,你们将会就以下问题得出自己的结论:两种规则是否容易理解(易理解性也是先前努力的重大成果),而最重要的是,规范是否有助于伦理困境的解决,两条例是否完满地完成了佩蒂弗(Pettifor)的目标。

心理学家的道德原则和行为规范[1]　2

⊙ 美国心理学会(APA)

绪论及适用范围

美国心理学会制定的《心理学家的伦理准则和行为规范》(在下文中称为"伦理规范")[2]由绪论、前言、五大原则(A—E)和特殊伦理标准四个部分组成。绪论论述了伦理规范的意图、构成、程序性事项以及应用范围。前言和五大原则致力于将心理学家引向心理学的最高境界。虽然前言和五大原则本身并不是强制性法规,但是它们是心理学家使其行为合乎伦理规范要求时必须要考虑的内容。特殊伦理标准陈述了有关心理学家行为的强制性规则。

为了适用于不同的心理学家,大多数伦理标准都很宽泛。这个伦理规范只适用于科学、教育、专业心理学家的活动。覆盖的领域包括:临床、咨询和学校心理学;教学;对实习生的管理;公共服务;政策制定;社会干预;评价工具的编制;评价的实施;

---

〔1〕 摘自《美国心理学家》杂志第57期,1060-1073页。©2002 美国心理学会。

〔2〕 "APA 伦理规范"的这一版本于2002年8月21日,由美国心理学会代表大会在会议期间通过,并从2003年6月1日生效实施。欲了解 APA 伦理规范的基本内容或文本解释,请发信至华盛顿州新英格兰市第一大街750号美国心理学会伦理办公室主任收,邮编20002-4242。您还可以登录美国心理学会网站查找伦理规范原文及相关信息,网址是 http://www.apa.org/ethics。此伦理规范标准将用来裁决,自规范生效之日起发生的不道德行为的投诉。生效日之前发生的行为投诉将按照行为发生时通行的伦理规范版本进行裁决。

APA 曾颁布过的历版伦理规范如下:

美国心理学会.(1953).心理学家的伦理标准.华盛顿:奥瑟出版社.

美国心理学会.(1959).心理学家的伦理标准.美国心理学家,14,279-282.

美国心理学会.(1963).心理学家的伦理标准.美国心理学家,18,56-60.

美国心理学会.(1968).心理学家的伦理标准.美国心理学家,23,357-361.

美国心理学会.(1977,03).心理学家的伦理标准.美国心理学会监督者,22-23.

美国心理学会.(1979).心理学家的伦理标准.华盛顿:奥瑟出版社.

美国心理学会.(1981).心理学家的伦理准则.美国心理学家,36,633-638.

美国心理学会.(1990).心理学家的伦理准则(1989年7月2日修订).美国心理学家,45,390-395.

美国心理学会.(1992).心理学家的伦理准则和行为规范.美国心理学家,47,1597-1611.

欲索取 APA《心理学家的伦理准则和行为规范》手册,请联系华盛顿州新英格兰市第一大街750号美国心理学会书刊订购部,邮编20002-4242,联系电话:001-202-3365510.

教育咨询;组织咨询;司法活动;项目设计与评估以及行政管理,但是并不局限于此。该伦理规范适用于各种各样的环境,比如个人、邮政、电话、互联网以及其他电子传播等。必须将这些活动同心理学家的私人行为分开,因为后者不在伦理规范的权限之内。

APA 的会员资格要求会员和学生成员遵守 APA 的伦理规范标准,并强制他们执行规章和程序。不知道或曲解了某条伦理标准本身并不能为不道德行为进行辩解。

APA 伦理委员会的规章和程序详细表述了对不道德行为控诉的呈报、调查及解决程序。APA 将对违反伦理规范标准的会员实施一定的制裁,其中包括取消会员资格等,同时将其行为通知给其他团体和个人。不管是否是 APA 会员的心理学家或学生,只要其行为违反了伦理规范标准,就可能受到 APA 和其他团体的制裁,这些团体包括州立心理学会、其他专业团体、心理学委员会、其他的州立或联邦机构以及卫生服务的负责人。此外,对于那些犯了重罪、被附属州立心理学会开除或吊销资格、许可证被吊销或遗失的会员,APA 可以采取制止其行动的措施。2001 年版本规定,APA 不会就制裁召开现场听证会,但是会根据提交的报告来解决控诉。

伦理规范旨在为心理学家提供指导,并为 APA 和其他团体提供了选择接受心理学家专业行为的标准。伦理规范并不打算成为民事责任的基础。仅根据是否违反了伦理规范标准这一点,并不能确定一名心理学家在诉讼行为中是否负有法律责任、合同是否具有法律效力或者是否还出现了其他的法律后果。

伦理规范中某些标准的修饰语(例如,合理地、适当的、可能地等)有时也会出现在标准内,当它们可以:(1)承认心理学家的专业意见;(2)消除在没有修饰语的情况下可能会出现的不公正和不公平等;(3)保证伦理规范在心理学家各种活动中的应用;(4)避免一组可能很快就会过时的刚性规章的出现。考虑到心理学家当时已有或应有的知识,本伦理规范中"合理的"一词是指在类似环境中从事相似活动的心理学家们的普遍专业意见。

在有关专业行为的决策过程中,除了根据法律和心理学委员会的章程以外,心理学家还必须考虑到伦理规范。在工作中应用伦理规范时,心理学家可以参考其他已被学术性和专业性心理学组织接受或认可的材料、指导方针以及自己的道德良知,也可以咨询业内其他人士。如果该伦理规范制定的行为标准高于法律的要求,那么心理学家必须符合更高的伦理标准。如果心理学家的伦理责任与法律、法规或其他管理法定权限相冲突,那么心理学家必须声明他们对伦理规范的承诺,并以一种负责的态度采取措施来解决冲突。如果通过这种手段不能解决冲突,那么心理学家可以遵守法律、法规或其他管理权限,以和人(权)的基本原则保持一致。

前 言

心理学家的主要任务是:增加科学、专业的行为知识以及人们对自身和他人的了解,并运用这些知识来改善个体、组织和社会的状况。心理学家尊重并保护民权、人(权)以及在研究、教学和发表中享有质询和表达的自由的重要价值。他们争取帮助公众就人类行为做出合理的判断和选择,在这种情况下,他们扮演了很多角色,

比如研究者、教育者、诊断专家、治疗者、监督人、顾问、管理者、社会干预主义者以及鉴定人。本伦理规范为心理学家开展他们的专业工作及学术工作提供了一套普遍的原则和标准。

本伦理规范旨在能提供心理学家在大多数情况下行为的明确标准，它的目标是：保护心理学家的合作对象或群体；对会员、学生和公众进行有关该学科伦理标准的教育。

一组有关心理学家工作相关行为的动态伦理标准的制定需要个人做出承诺，并且终身都要努力：使自己的行为合乎伦理规范；鼓励学生、被监督者、雇员和同事；就某些伦理问题和他人进行磋商。

普遍原则

这部分由普遍原则组成。和伦理标准相反，普遍原则本质上是崇高的。普遍原则的意图是引导并激励心理学家实现最高的职业伦理理想。与伦理标准不同，普遍原则并不代表着义务，它们也不是实施制裁的基础。以普遍原则为义务或制裁的基础则是对其意义和目的的扭曲。

原则 A：善行与好意

心理学家应做到有益于他们的工作对象，并注意不要造成伤害。在专业行为中，心理学家应设法维护那些与他们相互作用的人以及其他受到影响的人的福利和权利。同时他们也应该保证研究中动物被试的福利。当心理学家的义务或事务中出现冲突时，他们应设法以一种负责的方式来解决这些冲突，从而避免伤害或使伤害最小化。因为心理学家的科学且专业的判断和行为会影响到他人的生活，因此他们应警惕和预防那些可能导致其影响力滥用的个人、经济、社会、组织或政治因素。心理学家应该意识到，自身的生理和心理健康影响着他们帮助其工作对象的能力。

原则 B：忠诚与责任

心理学家应和工作对象建立相互信任的关系。他们应认识到自身对社会以及工作团体负有专业责任和科学责任。心理学家要维护行为的专业标准，阐明他们的专业角色和义务，为他们的行为承担适当的责任，设法处理可能会导致剥削和伤害的利益冲突。为了使工作对象得到最大的益处，心理学家可以根据需要与其他的专业人士和机构进行切磋、合作。他们应注意其同事的科学行为和专业行为是否合乎伦理规范的要求。心理学家应当无偿奉献一部分工作时间。

原则 C：诚实

心理学家应设法提高心理学在科学、教学以及实践中的准确性、诚实性和真实性。在这些活动中，心理学家不应偷窃、骗取事实，或者参与舞弊、欺骗或者有意歪曲事实。心理学家应信守诺言并尽量避免做出轻率、不清楚的承诺。在欺骗手段可以使利益最大而使伤害最小的情况下，心理学家的义务是考虑每种可能后果的要求，他们的责任是纠正使用这种手段所引起的不信任或其他不良影响。

原则 D：公正

心理学家必须认识到，公平和公正使所有人都能享受到并受益于心理学的贡献，同时得到过程、程序上同等质量的心理学家服务。心理学家应做出合理的判断，并注意不要让他们的潜在偏向、能力范围以及专业局限导致不正当操作。

原则 E：尊重人的权利与尊严

心理学家应当尊重所有人的尊严和价值、个体的隐私权、保密以及自我决定。心理学家要认识到，有必要采取一定的防护措施来保护那些有弱点并可能会损害其自主决策过程的人或团体的权利。心理学家应认识到并尊重文化、个人和角色差异，这其中包括年龄、性别、性别认同、人种、种族划分、文化、民族起源、宗教、性取向、残障、语言、社会经济地位等方面的差异，在与这类群体中的成员合作时，心理学家必须要考虑这些因素。心理学家应该努力消除由这些因素引起的偏向对他们的工作所造成的影响，并且他们不能有意参与或宽恕他人以这些偏见为基础的活动。

伦理标准

1. 伦理问题的解决

1.01 对心理学家工作的滥用

如果心理学家获悉对他们的工作有滥用和歪曲的现象存在，他们应该采取合理的措施去纠正或者尽可能地减少这种滥用和曲解。

1.02 伦理与法律、法规或其他管理法律权限之间的冲突

如果心理学家的伦理责任与法律、法规或其他管理法律权限冲突，那么心理学家应声明他们对伦理规范的承诺，并以一种负责的态度采取措施来解决冲突。如果通过这种手段不能解决该冲突，那么心理学家可以遵守法律、法规或其他管理法律权限。

1.03 伦理与组织要求之间的冲突

如果心理学家所属组织或所服务组织的要求与伦理规范冲突，那么心理学家必须澄清冲突的性质，声明他们对伦理规范的承诺，并以一种准许遵守伦理规范的方式来解决这个冲突。

1.04 违反伦理规范的非正式解决

当心理学家认为另一位心理学家违反了伦理规范，那么在非正式解决和不侵犯所牵涉到的保密权的情况下，可以提醒那个人注意此问题（参阅标准 1.02：“伦理与法律、法规或其他管理法律权限之间的冲突”；1.03：“伦理与组织要求之间的冲突”）。

1.05 违反伦理规范的报告

如果一个明显的违反伦理规范的行为十分有害,或者有可能给个人或组织带来严重伤害,并且不适宜用标准 1.04(违反伦理规范的非正式解决)来解决或者用这种方式不能妥善解决,那么心理学家应根据情况采取进一步行动。这个行动可以包括把情况报告给州立或全国专业伦理委员会、州资格许可委员会或者适当的权威机构。当干涉侵犯到保密权或者当心理学家被聘请来分析另一位职业行为有问题的心理学家的工作时,这一标准并不适用(同样可参阅标准 1.02:“伦理与法律、法规或其他管理法律权限之间的冲突”)。

1.06 与伦理委员会的合作

心理学家应该配合 APA 或他们所属的任何附属州心理学会的伦理调查、行动以及由此引起的要求。在这种情况下,他们应声明各种机密性问题。不进行合作本身就是对伦理规范的违反,但是,请求延迟对一个结果未定的伦理投诉的裁决本身并不构成不合作。

1.07 不合理的投诉

心理学家不能提出或怂恿那些不顾及或有意忽略可以证明陈述为误的事实而提出的伦理投诉。

1.08 对投诉和被调查人的不公正歧视

心理学家不能因为一个人曾经是或者现在是伦理投诉的对象而拒绝对其聘用、提升、录取或晋升。这并不排除根据这种行动的结果采取措施,或者考虑其他合适信息。

2. 胜任能力

2.01 能力范围

(a)心理学工作者必须在自己的职业能力范围之内,开展对特定人群和特定领域心理方面的服务、教育和研究工作。这种范围是建立在其自身所经历的教育、培训、督导性训练、咨询、研究或者相关专业方面经验等综合基础之上的。

(b)在心理学领域中,从科学或者专业角度出发,认为与提供心理学的专业服务和开展相关研究有关的一系列基本要素起着核心作用,这些因素包括:年龄、性别、性别角色、种族、民族、文化、国家来源、宗教、性取向、残障、语言和社会经济地位等,那么心理学工作者需要具备这些相关方面知识的培训、经验、咨询和必要的督导来保证其提供心理学服务的胜任能力,或者其自身能力不足的可以安排转诊治疗(具体操作请参照标准 2.02:“关于提供紧急服务的规定”)。

(c)心理学工作者在开展服务、教育和研究当中,如若面临或者涉及新的对象群体、领域、技术和技能,那么就有必要进行相关的教育、培训、督导性训练、咨询和研究。

(d)当一般的心理健康服务项目难于解决个体问题时,那么在该特定领域曾接受过相关培训和具备相关经验的心理学工作者,有必要提供专业性的技术服务,以保障心理行业服务功能的正常实施。如若心理学工作者目前尚未获得足够的能力来处理该领域的特定问题,那么就需要进行相关方面的研究、训练、咨询等,以保障获得必要的专业能力。

(e)在新领域内,如果行业内对于预备训练的工作尚未制定普遍的认可标准,那么心理学工作者必须采取合理的措施来保证他们工作开展时所需的能力,同时需要保障参与其中的来访者/患者、学员、被督导者、研究者、团体咨询者以及其他相关的人免受伤害。

(f)为了保证自身的法律权利,心理学工作者需要对涉及自身行业的法律权利和义务方面的行政法规予以了解和熟悉。

2.02 提供紧急服务的规定

在处理紧急事件的时候,当其他的心理健康服务资源对于解决个体问题难以胜任;或者起初处理该问题的心理学工作者当前能力不足,那么在该领域具备胜任能力的心理学工作者有必要提供相关的技术服务,以保障心理行业服务功能的正常实施;一旦危机解除或者具备合适的心理服务资源时,那么就可以适当停止这种危机性服务。

2.03 保持胜任力

心理学工作者,要不断地发展和保持自身的工作胜任力。

2.04 科学和专业评价的基础

在对心理学工作者的工作业绩开展评价时,应基于该专业领域的科学和专业知识(同时参照标准2.01e:“能力范围”;10.01b:“心理治疗中的知情权”)。

2.05 工作分配

在将工作分配给雇员、被督导者、研究助手、教学助理或者涉及服务过程中的其他人,如译员等时,心理学工作者要采取合适的措施保证:(1)避免将该项工作分配给和服务对象有着多重关系的人,避免导致可能发生的剥削行为,从而有损工作的客观性。(2)将工作授权给那些在自身的教育、培训、经验、独立操作能力或者在督导下进行监督操作的水平状况等诸多方面评价比较好的人员。(3)将工作分配给那些工作胜任力强的人员(可以同时参照标准2.02:“关于提供紧急服务的规定”;3.05:“多重关系”;4.01:“保密性”;9.01:“测量基础”;9.02:“测验的使用”;9.03:“心理测量的知情权”;9.07:“不合格人员主持的心理测验”等)。

2.06 个体问题和矛盾

(a)心理学工作者需要明白也应该知晓其自身的某些问题对某些心理服务工作的有效性。

(b)当心理学工作者清楚意识到自身的问题对正常开展工作产生了干扰性影

响时,他们可以采取适当措施,例如:寻求专业的咨询或者专业协助,同时决定自身是否需要限制、暂停或者终止相关的服务工作(可以同时参照标准10.10:"治疗的终止")。

3. 人际关系

3.01 不公平歧视

心理学工作者不得以服务对象的年龄、性别、性别角色、种族、民族、文化、国家来源、宗教、性取向、残障、语言和社会经济地位等因素,对法律法规规定的服务对象持一种不公平的歧视态度。

3.02 性骚扰

心理学工作者不得对来访者进行性骚扰。性骚扰指的是在心理学工作者开展服务,或者是其以心理学工作者的身份开展工作时,对服务对象进行性引诱、身体侵犯、包含性意味的言语或者非言语的表现等。这种骚扰会让服务对象感觉:(1)厌恶、被侵犯或者被触怒,在工作场合或者教育环境中产生敌意态度。并且心理学工作者自己可以体验到或服务对象会主动告知这种不良感受的存在。(2)在特定场合极端受辱或者严重受辱的感觉。从单一的一般强度、严重强度行为到多种的持续性或者侵犯性的行为都构成性骚扰(可以同时参照标准1.08:"涉及不公平歧视的原告和被告")。

3.03 其他类型的骚扰

心理学工作者不得基于服务对象的年龄、性别、性别角色、种族、民族、文化、国家来源、宗教、性取向、残障、语言和社会经济地位等特点,对服务对象进行明知故犯的侵犯或者贬低。

3.04 避免伤害他人

心理学工作者应该采取合理措施,使对来访者/患者、学员、被监督者、研究者、团体咨询者以及其他参与共事的人员的一些可预见但不可避免的伤害减少到最小程度。

3.05 多重关系

(a)多重关系会出现在以下情况,即当一个心理学工作者以一个专业身份和某个来访者相处时:(1)与此同时,该心理学工作者和同一来访者存在另外一种身份关系;(2)与此同时,心理学工作者和来访者关系比较亲密或者来访者和该心理学工作者的同事有着特定关系;(3)心理学工作者承诺在未来某一时刻会与该来访者,或者与该来访者存在特定关系或者关系亲密的人员发展另外一种非职业方面的关系。如果能够预测到这种多重关系会对该心理学工作者的工作客观性、工作胜任力、工作效果产生不良影响,并且会对该来访者产生威胁或者可能对其造成伤害的话,那么心理学工作者就需要控制自身,避免进入这种多重关系当中。

(b)如果心理学工作者发现:基于不可预见的原因,这种多重关系存在一种潜在的危害性,那么该心理学工作者就需要采取适当措施保障受到危害影响的人获得最好的照顾,并且最大限度依照伦理准则进行操作。如果国家法律、政府政策或者特定环境要求心理学家依据行政法规程序操作过程中,心理学家需要承担一种以上的角色任务时,那么该心理学工作者在工作初期就需要澄清他人对其自身的角色期望、保密性的范围以及开展服务以后可能会发生的一些变化的情况等(可以同时参照标准3.04:"避免伤害他人";以及标准3.07:"第三方对服务的要求")。

3.06 利益冲突

在涉及有关个人、科学、专业、法律、经济或者其他方面的利益或者关系冲突时,可能会:(1)对心理学工作者工作的客观性、胜任力或效果、效率方面造成不良影响;(2)将接受心理学工作者专业性服务的个体或者团体暴露在危险当中。

3.07 第三方对服务的要求

当心理学工作者同意应第二方的请求为某个个体或者团体提供心理服务时,心理学工作者最好要在工作初期向所有即将涉及其中的个体和团体澄清这种服务性的工作关系。这种澄清包括:该心理学工作者的角色(治疗师、咨询师、诊断师或者鉴别专家),明确接受服务的具体对象;可能提供的服务或者需要获得的信息;以及保密性的有限性等方面的事实(可以同时参照标准3.05:"多重关系";标准4.02:"关于对保密有限性的讨论")。

3.08 剥削性关系

心理学工作者不得利用对来访者/患者、学员、被督导者、研究者以及雇员来说有权威身份的人如督导者、评价者或者其他的权威身份,对他人进行剥削(同时可以参照标准3.05:"多重关系";标准6.04:"费用和经济操作";标准6.05:"和来访者/患者达成交换服务协议";7.07:"与学员及被督导者的性关系";10.05:"和当前接受治疗的来访者/患者发生性亲密行为";10.06:"和当前接受治疗的来访者/患者亲属或者其重要人物发生性亲密行为";10.07:"对先前具有性关系人员的治疗";10.08:"和先前已经接受过治疗的来访者/患者发展性亲密行为")。

3.09 和其他专业人员合作

为了更加有效合理地为来访者/患者提供优质服务,如果专业技术允许或者需要的话,心理学工作者可以和其他专业人士进行合作。

3.10 知情同意

(a)在开展研究、测量、治疗、咨询或者进行个体咨询、电子传输方式咨询、或者其他各种沟通方式进行互动的诸多服务时,心理学工作者需要使用简单易懂的语言开展服务,并且要获得接受服务的个体或者群体的知情同意;除非采取该研究活动是受到法律法规允许,或者此份伦理准则中所允许的,则可以免除知情同意的操作(可以参考标准8.02:"研究中的知情同意";标准9.03:"心理测量中的知情同意";

标准11.01:“心理治疗中的知情同意”)。

(b)对于那些法律上不能给予服务对象个体以知情权的,心理学工作者必须:(1)向对象提供适合的理由和解释;(2)寻求对象个体的同意;(3)考虑到对象的偏好和最佳利益;(4)从对服务对象具有法律权利的代表责任人那里获得适当的允许。前提是这种替代性允许是要为法律所认可或者法律要求必须如此;如果法律不允许或者没有如此要求,那么心理学工作者需要采取合理措施来保护个体的权利和利益。

(c)当提供的心理服务是为法庭所要求的或者是其所命令的,心理学工作者需要在开展心理服务之前告诉对象其心理服务的特点,包括该服务是否是法庭要求执行的,以及任何有关保密方面的范围等信息。

(d)心理学工作者需要将对象的书面或者口头同意意见记录在案。

3.11 团体的心理服务

(a)在开展心理服务之前,心理学工作者提供给团体的信息直接受到以下几方面的影响:(1)该项服务的特点和目标;(2)预定的服务对象;(3)明确具体的来访者;(4)心理学工作者和每个对象个体以及整个团体的关系;(5)可能提供的服务和需要获得的信息;(6)获取信息的人员;(7)保密的范围。如果情况允许的话,该项目的结果和结论将会尽快报告给相关人员。

(b)如果按照法律规定或者团体活动需要,可以免除心理学工作者向特定个体或者团体报告有关信息,那么心理学工作者在提供服务初期就要告知特定个体或者团体这个事实。

3.12 心理服务的暂停

遇到心理学工作者生病、死亡、无法正常工作、工作调动、退休或者来访者/患者的迁居以及资金局限等诸多情况时,除非合同明确规定其处理办法,心理学工作者可以采取适当措施仔细规划,从而能够使该项目操作更加便利(可以同时参照标准6.02c:“对科学性和专业性工作的保密信息记录的保存、传播、公布”)。

4. 隐私和保密

4.01 保密性的维护

对于通过任何渠道或者任何媒介而获得的保密信息,心理学工作者都要谨慎仔细地做好保护措施;对于法律法规或者专业或科学方面所规定的有关保密的领域和范围,心理学工作者要熟悉和了解。

4.02 对保密有限性的讨论

(a)和心理学工作者建立科学或专业关系的研究对象个体(如果现实可行的话,包括告知其法律代表)或团体进行以下几个事项的沟通:(1)保密的有限性;(2)在心理服务活动过程中可预见的使用某些信息的情况(可以同时参照标准9.03:“心理测量中的知情同意”)。

(b)除非不是切实可行或者相互抵触,在和服务对象建立关系初期就需要就保密性问题和服务对象进行沟通,一旦出现新的情况仍然依照规定程序作好保密性的维护。

(c)心理学工作者可以通过服务、产品或者电子传输的形式告知来访者/患者有关隐私和保密的局限性特点。

4.03 记录

在需要记录心理服务对象的声音或者图像方面的信息时,心理学工作者需要获得所有相关人员或者他们的法律代表的同意(可以参照标准 8.03:"在研究当中对于记录声音和图像的知情同意";"研究中的关于记录装置的知情同意";标准 8.07:"研究中的欺骗")。

4.04 最小程度的侵扰隐私

(a)心理学工作者在进行记录、口头报告或者咨询的时候,只记录那些和沟通目的最紧密的信息。

(b)只有基于适当的科学或专业的目的需要,心理学工作者才可以和该工作相关的人员讨论对象的隐私信息。

4.05 保密信息的公开

(a)在获得特定团体来访者、个体来访者/患者或者法律代表的允许之后,除非法律禁止公开的部分,心理学工作者可以适当公开服务对象的保密信息。

(b)因为法律命令要求或为法律所允许,在未征得对象同意的情况下,由于下列诸多的特定目的,心理学工作者可以公开服务对象有关的保密信息。这些目的包括:(1)为对象提供必要的专业性服务;(2)使得对象获得合适的专业咨询;(3)为了保护来访者/患者、心理学工作者以及其他相关人员免受伤害;(4)为了从来访者/患者那里获得其应该支付的服务费用,心理学工作者可以公开部分信息,但是公开时间应尽可能短暂,只要达到目的即可(可以参照标准 6.04e:"费用和资金安排")。

4.06 咨询

在和同事进行咨询探讨时:(1)除非首先征得当事人或者团体的同意,心理学工作者不能公开有关可能导致他人去证实来访者/患者、研究的参加者、相关个体以及团体的身份的信息;(2)在透漏信息的时候要适可而止,达到咨询的目的即可(可以同时参照标准 4.01:"保密性的维护")。

4.07 为教学或者其他目的而使用保密性信息

心理学工作者对于在工作过程中获得的有关来访者/患者、学员、调查的参与者、团体来访者或者接受心理服务的其他人员的保密、可识别的私人信息,不得在自己的著作、演讲或者其他公共场合下予以公开,除非:(1)心理学工作者采取合适措施将当事人或者团体的身份进行适当掩饰;(2)当事人和团体同意出现在著作中;(3)法律授权允许这样操作的时候。

5. 宣传和其他公共声明

5.01 避免虚假或者欺骗性声明

(a)公共声明包括但是不仅限于以下几种:免费或者付费的广告、产品认证书、批准申请、许可证申请,以及其他的证书或者凭证申请、手册、印刷品、查询目录、个人简历或者课程表以及对于诸如电子邮件或者印刷品等媒介的使用情况的评论、法律程序的宣读、讲座或者公共场合的口头讲演以及出版物等。对于与自己的研究、练习或者其他活动相关的个体或者团体的内容,心理学工作者不得进行故意欺骗、作假和伪造。

(b)心理学工作者不得涉及有关以下各项公共声明的欺骗、作假和伪造活动:(1)自身训练、经验和能力;(2)自己的学历水平;(3)证明书;(4)政府或者协会会员的身份;(5)专业方面的服务;(6)科学性或者临床的基础或者服务的成功率状况;(7)收费状况;(8)出版物和研究发表的论文等。

(c)判断和评价心理学工作者所宣称的健康服务是否达标,需要检查他们的证书:(1)是否接受过当地信誉较好的教育机构的培训;(2)是否是国家特定专业领域所颁发。

5.02 其他人的声明

(a)心理学工作者如果要求他人帮助自己进行宣传,来提高自己的专业操作、产品以及服务声誉的话,那么他们自己仍然需要承担这些宣传中专业内容方面的责任。

(b)心理学工作者不需要为新闻媒体、广播、电视以及其他的传媒支付新闻报道费用(可以同时参照标准1.01:“心理学工作者的工作操作失误”)。

(c)与心理学工作者工作相关的付费广告的内容必须是可证实的或者能够清晰辨别的。

5.03 工作坊和非颁发文凭的教育项目的介绍性描述

在有关声明、目录、手册或者广告上介绍心理学服务的工作坊、专业讨论会以及其他非颁发文凭的教育项目时,心理学工作者需要保证这些说明能够让受众对象了解这些项目的目的、教育目标、教师以及相关的费用情况。

5.04 媒体宣传

心理学工作者在通过印刷品、互联网以及其他的电子传输手段来提供公共建议或者发表评论时,必须小心谨慎地保证这些声明:(1)是建立在自身的专业知识、培训和相关心理学文献或者专业操作相互一致的经验基础之上的;(2)和这份职业伦理准则相一致;(3)不能指出已经和受众对象之间建立了一种专业性的关系(可以同时参照标准2.04:“科学和专业评价的基础”)。

5.05 证明书

心理学工作者不得从当前接受治疗的来访者/患者或者其他人那里索取证明

书，特别是当这些接受心理学服务的人所处的特定位置对权威命令很难拒绝的情况下。

5.06 个人请求

心理学工作者不得直接或者间接通过中介对实际的或者未来潜在的来访者/患者发出未经邀请的个人请求，这是考虑到对方所处的特定处境对于拒绝这种请求存在困难的特点。但是，在下列情况下可以发出这样的个人请求：(1)为了当前正在接受治疗的来访者/患者的健康而建立一种合适的间接关系；(2)提供灾难时或者社区延伸性超常规服务。

6. 记录的留存和费用

6.01 专业性和科学性工作的记录和维护

心理学工作者进行建立、控制、维护、传播、储存、保留、删除和数据处理等与专业和科学相关的一系列工作的目的在于：(1)方便自己或者其他工作人员日后的信息使用；(2)允许进行研究的重新设计和分析；(3)符合机构制度要求；(4)保证了支付情况的准确记录；(5)符合法律的规定(可以同时参照标准4.01："保密性的维护")。

6.02 对科学性和专业性工作的保密信息记录的保存、传播、公开

(a)不论服务记录是手写还是自动化处理，或者通过其他媒介方式存贮的，心理学工作者在建立、储存、采用、转移以及公布信息的整个过程中都要做好保密性的维护(可以同时参照标准4.01："保密性的维护"；标准6.01："科学性和专业性工作的记录和维护")。

(b)对于储存到数据库或者记录系统中心中有关服务对象的保密信息。如果允许其他尚未得到当事人同意的人员调阅其保密信息，那么心理学工作者需要采取匿名编码或其他技术避免暴露当事人的真实身份。

(c)如果心理学工作者可能从当前岗位或者操作中退出的话，那么该工作者需要做好规划，提前做好交接工作和保护好记录和数据的保密性(可以同时参照标准3.12："心理服务的暂停"；标准10.09："治疗的中断")。

6.03 由于对方不支付费用而扣持记录

心理学工作者不得在来访者/患者需要紧急治疗情况下仅仅因为对方没有支付相关费用而扣持该来访者/患者的记录。

6.04 费用和经济操作

(a)在建立科学性或者专业性关系之前，心理学工作者和服务对象要达成协议，明确相关的费用安排。

(b)心理学工作者的费用收取要符合法律规定。

(c)心理学工作者收费不得胡乱超高标价。

(d)如果由于费用较低而能够预见到服务质量将会受到影响,那么最好能够在工作开始之前双方共同协商达成明确的一致意见(可以同时参照标准10.09:“治疗的中断”;标准10.10:“治疗的终止”)。

(e)如果服务对象不按照合同规定支付费用,心理学工作者有权通过托收机构或者法律渠道来索取应得费用。心理学工作者可以采取预先通知服务对象即将采取的索取手段,从而为服务对象提供一个迅速支付费用的机会(可以同时参照标准4.05:“公开”;标准6.03:“由于对方不支付费用而扣持记录”;10.01:“心理治疗中的知情同意”)。

6.05 和来访者/患者达成服务交换协议

交换协议是指,心理学工作者接受来访者/患者为了回报其所享受的心理服务而提出以货物、服务或者其他非金钱方面的等价物来偿还。心理学工作者在以下情况可以接受:(1)和治疗不相矛盾;(2)其结果不具有剥削性(可以同时参照标准3.05:“多重关系”;标准6.04:“费用和经济操作”)。

6.06 向付款人和资金来源提供准确报告

在向付款人报告服务内容或者开展研究所需资源时,心理学工作者需要采取合理措施准确报告:提供服务的内容或者采取调查的方式、费用、支付途径,如果可能的话,可以同时报告服务提供者的具体身份、研究发现和诊断技术(可以同时参照标准4.01:“保密性的维护”;标准4.04:“最小程度的侵扰隐私”;4.05:“隐私信息的公开”)。

6.07 工作分配和费用

心理学工作者在支付、从他人处接受付款或者和其他同事进行费用或者报酬分摊时,不是按照雇员制或者单纯的工作分配来付款,而是按照服务者各自提供的服务贡献来分摊报酬(临床的、咨询的、行政的以及其他相关服务)(可以同时参照标准3.09:“和其他专业人士的合作”)。

7. 教育和培训

7.01 教育和培训项目的设计

心理学工作者在负责教育和培训项目的时候,要采取合适措施保障提供恰当的知识和正确的经验,来满足学员达到有关学历证书、执业资格证书以及其他为项目宣传的各项目标所要求的标准(可以同时参照标准5.03:“工作坊和非颁发文凭的教育项目的介绍性描述”)。

7.02 教育和训练项目的介绍

负责教育和训练项目的心理学工作者要保证在描述当前项目课程内容方面的准确性(包括必修课或者和项目相关课程的咨询、心理疗法、体验式团体、咨询项目或者社区服务)。要介绍培训目标和方针、奖学金和利益,以及为了圆满完成这个

项目必须达到的要求。所有这些信息都要提供给对项目感兴趣的人。

7.03 教学的准确性

(a)心理学工作者要采取合适措施,保证教学大纲中有关课程的内容体系、教育评价的标准以及课程内容的特点等所有的介绍明确清晰。当从教育角度来说是需要或者必要的,教学者可以适当修改教学的内容和要求,但要在满足学员能够了解这种修改将会促进他们达到课程要求的前提下(可以同时参照标准5.01:“避免虚假或者欺骗性声明”)。

(b)在开展教学和培训工作时,心理学工作者要清晰准确地介绍心理学专业知识(可以同时参照标准2.03:“保持胜任力”)。

7.04 要求学员公开其个人信息

基于性历史、陋习和愚昧史、心理治疗,以及和双亲、同伴、配偶以及其他重要人物关系等诸多方面的考虑,心理学工作者不能要求学员或者被督导者通过口头或者书面的形式在授课当中或者相关活动中公开其个人信息。但是下列情况属于例外:(1)项目或者培训机构在入学通知书和项目资料当中已经明确说明需要公开学员的个人信息;(2)如果个体的某些问题可能会影响其在接受培训或者相关活动时功能的正常发挥,那么个体信息对于帮助学员进行评价以及获得相关的问题解决资源是必要的。

7.05 强制性的个体或者团体治疗

(a)个体和团体治疗是项目或者课程当中所要求学习的课程,那么负责该项目的心理学工作者要允许本科生和研究生或教学项目中的学员,可以从一个该项目教学体系之外的教学者那里选修一门这样的治疗课程(可以同时参照标准7.02:“教育和训练项目的介绍”)。

(b)自身被认定或者负责对学员的学业成就进行评价的院系不能担任治疗课程的教学工作(可以同时参照标准3.05:“多重关系”)。

7.06 对学员和被督导者的评价

(a)在学业教学和督导的关系过程中,心理学工作者要建立一套学员或者被督导者定期的学习成就反馈机制。在督导开始之初就需要提供关于这个反馈的具体过程。

(b)心理学工作者要根据相关的或者现有的项目要求对学员或者被督导者的实际表现进行评估。

7.07 与学员和被督导者的性关系

心理学工作者不得在其院系、机构、培训中心,以具有或者可能具有评价权威的资格和学员发生性关系(可以同时参照标准3.05:“多重关系”)。

8.研究和出版

8.01 机构许可

心理学工作者需要提供详细准确的研究计划,从而在开展研究之前得到相关机构的批准。所开展的研究活动要和所批准的研究项目相一致。

8.02 研究中的知情同意

(a)当按照标准3.10“知情同意”的操作规定获得参加者的知情同意之后,心理学工作者要告知参加者:(1)该研究的目的、预期周期和程序;(2)一旦参加者参加研究之后,他们仍然拥有拒绝和退出该研究的权利;(3)可能预见的退出和谢绝的结果;(4)可能会影响他们参与意愿的一些合理预见因素,诸如:潜在的风险、不舒适感或者负面性的影响等,这些可能都会影响参加者参与研究的意愿,导致其拒绝和退出研究活动;(5)研究可能带来的任何利益;(6)保密的局限性;(7)对参加者的激励;(8)对有关研究和参加者权利事宜可供咨询的联系人。心理学工作者需要为潜在的参加者提供提问的机会,并且及时给予答复(可以同时参照标准8.03:“研究中记录声音和图像的知情同意”;8.05:“研究中的知情同意之免除”;8.07:“研究中的欺骗”)。

(b)心理学工作者需要在开展研究的初期向参加者澄清该项研究中所涉及的实验处理的运用,澄清包括:(1)处理的实验性特点;(2)如果合适的话,告知对于控制组研究者不会提供或者也可能提供这种处理;(3)对控制组将要采取的干预方式;(4)如果参加者在参加研究活动之后不愿意继续或者想要退出活动时备用的干预方案;(5)如果合适的话,要求参加者进行补偿或者支付耗费的现金费用,不论这种费用是否能够从参加者或者第三方追索到(可以同时参照标准8.02a;“研究中的知情同意”)。

8.03 研究中对于声音和图像记录的知情同意

在记录参加者的声像数据之前,心理学工作者要征求参加者的知情同意。下列情况可能属于例外:(1)该研究单纯是在公共场合中的自然观察研究,声像记录是否会给个体带来身份的暴露或者心理伤害是无法预料的;(2)该项设计中包括欺骗,这种声像的使用可以在参加者听取事后研究报告时征求其允许性意见。

8.04 来访者/患者、学员和被试

(a)和来访者/患者、学员和被试一起开展研究的时候,心理学工作者要采取措施保障潜在的被试不要因为负面结果而拒绝或者退出研究项目。

(b)当参加研究性实验为必修课或者可以因此获得额外的学分时,那么潜在的被试可以选择其他等值的活动。

8.05 研究中知情同意的免除

在下列情况下可以免除心理学工作者开展对对象知情同意的工作:

(1)研究对被试一般不会带来压力或者伤害,并涉及:(a)在教育环境下,关于一般性教育操作、课程或者课堂管理方法的研究;(b)匿名性的问卷、自然性的观察以及档案式的观察,对个体信息的公开不会将被试置于刑事或者民事责任中,或者不会破坏其经济信誉、工作雇佣、社会名誉以及个体隐私的保护;(c)在组织环境中开展与工作和团体的效率相关的研究时,对被试的雇佣情况没有影响,而且保证其隐私的良好保护。

(2)为法律或者联邦以及政府机关的法律法规所允许的。

8.06　为参加研究的被试提供刺激物

(a)心理学工作者要避免给参加研究的被试提供过多或者不合适的经济或者其他方面的诱导刺激,因为这种刺激可能会起到强迫被试参加研究的作用。

(b)如果心理学工作者将为被试提供专业性的服务作为被试参加研究的一种刺激时,要注意澄清这些服务的特点、风险、义务以及局限性等(可以同时参照标准6.05:“和来访者/患者达成服务交换协议”)。

8.07　研究中的欺骗

(a)心理学工作者在研究中一般不采用欺骗手段,除非他们认为欺骗技术对于开展该项研究具有重要的科学、教育以及应用方面的价值,在这种情况下,如果不采用欺骗技术反而可能达不到研究的目的。

(b)如果采取欺骗会使被试的身体上遭受痛苦或者心理上承受严重的情绪抑郁,那么心理学工作者不得在研究中采用欺骗技术。心理学工作者要向被试解释在实验过程中使用的任何欺骗技术是实验设计的有机组成部分,可以在被试结束实验时给出解释,至少不能晚于数据收集完成的时候;解释做完之后,可以允许被试将自己的数据信息收回(可以同时参照标准8.08:“测验结果的报告解释”)。

8.08　测验结果的报告解释

(a)心理学工作者要及时告知被试有关其参加研究活动的特点、结果和结论。对于被试可能产生的错误认识,心理学工作者要采取合适措施进行澄清和修正。

(b)如果科学或者人文的价值判断延缓或者阻止这种信息的公开,心理学工作者要采取合理措施减少这种风险。

(c)当意识到研究的程序已经对某位被试构成伤害,那么心理学工作者要采取合理措施将危害降低到最小程度。

8.09　研究中动物实验被试的人文关怀和使用

(a)心理学工作者获得、照顾养护、使用以及处理动物的程序,要和现行的联邦国家以及当地的法律法规、专业标准相一致。

(b)受过有关运用动物进行实验的研究方法和照顾养护技术训练的心理学工作者,要对涉及动物实验方面的所有程序进行监督,同时要保障动物享受到舒适、健康和人文的充分关怀。

(c)心理学工作者要保证所有在其监督之下进行动物实验研究的人员,都要经

过研究方法的训练以及相关的照顾、养护、处置的技能培训(可以同时参照标准2.05:“工作分配”)。

(d)心理学工作者要采取措施让动物被试最小程度地承受不舒适感、疾病感染、疾病以及痛苦。

(e)只有在心理学工作者设计的实验程序没有备选方案的情况下,或者基于科学性、教育性和应用价值方面的考虑,方能让动物承受实验中的痛苦、压力或者剥夺性实验。

(f)心理学工作者在开展动物手术的时候,要采取适当的麻醉处理以及相关技术来保证动物免受感染,并且保证在手术期间和手术之后使其疼痛达到最小化。

(g)如果需要终止动物的生命,心理学工作者需要按照可接受的程序迅速操作,尽量使动物承受最小程度的痛苦。

8.10 研究成果的报告

(a)心理学工作者不得伪造数据(可以同时参照标准5.01a:“避免虚伪和欺骗性声明”)。

(b)当发现发表的数据存在重要的错误,心理学工作者需要采取合理措施及时纠正这些错误,并且对数据进行回收、取消、勘误或者采取其他合适的补救方式。

8.11 剽窃

即使是偶尔引用,心理学工作者也不得剽窃他人的著作或者将数据挪作己用。

8.12 出版信用

(a)心理学工作者要承担出版责任和信用,包括著作权,只有是他们自己实际撰写的著作或者是该著作的主要贡献者才享有出版物的著作权(可以同时参照标准8.12b:“出版信用”)。

(b)主要的著者和出版方要如实反映涉及该著作人员的贡献情况,无论其个人的地位如何。机构的某个领导,例如系主任,不得自行指定著作权的享有者。对著作有细微贡献或者为出版作序的作者可以适当说明,例如可以出现在注脚或者在介绍性的说明中。

(c)除非特定情况,学员在任何多位作者联合发表的文章中作为第一作者时,很大程度是基于该位学员的博士论文基础之上。院系导师要尽早和学员沟通其论文发表的可行性,同时以合适的方式在研究和出版的整个过程中进行沟通(可以同时参照标准8.12b:“出版信用”)。

8.13 数据的重复发表

心理学工作者不得发表先前已经发表过的原始数据,除非在重复发表时进行适当声明。

8.14 为证实结论而分享研究数据

(a)在研究成果发表之后,如果竞争对手需要己方研究数据作为重新分析和验

证己方发表结论的真实性,只要对方保证参加者的隐私得到保护,而且没有相关法律规定不得泄露相关数据,那么心理学工作者不得扣持数据。但是这并不排除心理学工作者拥有向特定的个人或者团体索取费用的权利。

(b)从其他心理学工作者处获得的用以重新分析和验证结论真实性的数据只能用作其自身声明和承诺的用途。如果需要使用数据用作他途,必须获得对方的书面同意。

8.15 审读者

心理学工作者在审读其他作者提交上来的用作发表、出版、认证、研究为目的的文章时,需要尊重对方著作的隐私和著作权。

9. 心理测验

9.01 测量的基础

(a)心理学工作者在建议、报告、诊断性或者评价性声明中发表自己的意见时,必须要有事实依据。包括法律证据、足够的信息和技术来支持自己的研究发现(可以同时参照标准2.04:“科学和专业性评价的基础”)。

(b)除了9.01c提出的要求之外,心理学工作者必须在对个体进行心理学的评估之后,依据充分的证据和信息提出针对该个体的心理学的意见和结论。有时尽管采取合适措施,但这种个体评估仍可能会有所不当。心理学工作者一方面需要记录自己采取的措施和其结果,另一方面也要向对方澄清:因为自己依据当前有限的信息而发表的意见和观点在信度和效度上存在的可能偏差。在解释结论和提出建议的时候要恰当适度。

(c)当心理学工作者审读对象记录、提供咨询或者督导的时候,如果个体的心理评估结果对所发表的专业意见没有构成足够的证据,心理学工作者需要向对象进行解释,并告知他们先前所得出的结论和建议的信息基础。

9.02 测验的使用

(a)在监督、施测、计分、解释或者使用测量技术、面试、测验以及其他工具时,要适当考虑搜集有效证据的技术上的正确操作。

(b)心理学工作者需要使用经过样本施测之后具有合格信度和效度的心理测验工具。如果这种测验工具的信度和效度尚未经过证实,那么,需要对该测验的结果和解释方面可能存在的优点和缺陷予以详细说明。

(c)除非使用替代性语言测验,心理学工作者在使用测验方法的时候,要采用比较适合参加测验被试的语言和其能力方面的测验。

9.03 心理测验中的知情同意

(a)心理学工作者需要按照标准3.01:“知情同意”所规定的那样,对测验、评价和诊断性服务提供知情同意。但在以下情况可以免除知情同意的操作:(1)国家法律和政府法规规定要求测验;(2)当测验是作为一种日常性考试,例如教育性、机构

性或者团体性的活动,知情同意是包含在其中的(如在求职的时候自愿参加测验);(3)测验的目的是考察决策能力。知情同意包括解释测验的特点、目的、费用、涉及的第三方、保密的范围以及为来访者/患者提供充分机会来询问并且给予回答。

(b)心理学工作者需要运用参加测试者容易理解的语言向其解释即将提供测试的特点和目的,尤其是对于那些在表达同意方面不具有正常能力或者接受法律法规强制性测试的被试。

(c)在使用译员的时候,心理学工作者要征求来访者/患者的同意,并且向服务对象保证该译员将对测验结果、测验的安全性、提供的专业建议、报告、诊断性或评价性的说明、法庭证词以及任何译员能够接触到的数据都予以保密。

9.04 测验数据的公布

(a)"测验数据"指的是原始和标准分数、来访者/患者对测试问题或者刺激的反应、心理学工作者对来访者/患者在测验过程中的言语和行为表现的记录。来访者/患者的反应都称之为测验数据。在来访者/患者透露自己信息之后,心理学工作者需要向其和其他相关人员做测验数据反馈情况的汇报工作。在公布测验数据的时候,一定注意不要对来访者/患者造成威胁或者造成其他人对测验数据的错误使用或者错误看法。心理学工作者在公布保密性信息方面一定要注意按照法律规定的程序操作(可以同时参照标准9.11:"维护测验的安全")。

(b)在来访者/患者缺席的情况下,心理学工作者只准按照法律规定或者法庭命令提供相关的测验数据信息。

9.05 测验制定

心理学工作者在制定测验或者其他测量技术的时候,要在适当的心理测验程序和现行的科学与专业性的知识之上,开展测验的设计、标准化、效度、偏差的减少或者消除,以及相关建议的说明。

9.06 测验结果的解释

在对测验结果进行解释时,包括通过自动化的解释程序,心理学工作者既要考虑测验的目的,也要考虑到各种测验的要素、参加测验者的能力以及其他方面的特点。例如:测验情境、个体性、语言和文化方面的诸多差异,都可能会对解释测验结果的准确性造成影响。这些因素表明在结果解释方面存在明显的局限性(可以同时参照标准2.01b和c:"能力范围";以及3.01:"不公平的歧视")。

9.07 不合格人员主持测验

心理学工作者不得允许不具备相关测验资格的人员主持测验,除非这种主持测验是在具有合适督导之下进行以训练为目的的操作(可以同时参照标准2.05:"工作分配")。

9.08 荒废和过时的测验结果

(a)心理学工作者不得将对于目前研究目的来说比较过时、陈旧的数据或者测

验结果作为测验、干预以及建议的基础。

(b)心理学工作者不得将对目前研究目的来说是荒废的测验和研究方法作为基础,提出干预和建议。

9.09 测验计分和解释

(a)在为其他心理学专家提供测验或者计分服务时,心理学工作者需要准确描述该测验的目的、形式、效度、信度、操作程序以及任何特殊的资格要求。

(b)在选择计分方式和进行结果解释(包括自动程序解释)时,心理学工作者不仅要考虑该项目的效度和程序,同时又要考虑到其他需要注意的方面(可以同时参照标准2.01b和c:“能力范围”)。

(c)无论是心理学工作者自行计分解释,还是使用自动程序或者其他技术进行计分解释,他们都要承担在操作、解释和合理使用测验工具方面的责任。

9.10 测验结果的解释

无论计分和解释是通过心理学工作者、雇员或者助理,还是通过自动程序或者其他程序操作,心理学工作者都要采取合理措施保证向特定对象或者对象指定的代表人员进行结果的解释,除非相互之间的关系决定可以不用提供解释(例如某些团体性咨询、招聘面试或者安全性的筛选以及法庭的评价等),而且这种解释服务的免除需要事先清晰明白地通知测验的参加者。

9.11 维护测验的安全

“测验材料”指的是指导手册、测验工具、原始记录以及测题或者刺激等,并且不包括在标准9.04“测验数据的公布”中有关测验数据所定义的内容;心理学工作者需要采取合理措施来维护测验材料和其他测验技术的完整性和安全性,同时需要注意使之符合法律和合同规定,并且要与这份职业伦理准则保持一致。

10. 治疗

10.01 心理治疗中的知情同意

(a)在获得标准3.10“知情同意”中所要求的对方对于心理治疗的知情同意后,心理学工作者需要在建立治疗关系的初期,告知来访者/患者治疗的特点、预期疗程、费用、涉及的第三方、保密的范围,以及为来访者/患者提供充分的机会询问并且对其问题给予回复(可以同时参照标准4.02:“保密范围的讨论”;标准6.04:“费用和经济操作”)。

(b)在获得来访者/患者准许使用尚未广泛认可的治疗技术和程序时,心理学工作者需要告知对方有关该治疗手段的发展状况、潜在的风险、可供选择的治疗手段以及需自愿接受该治疗方式的形式(可以同时参照标准2.10e:“能力范围”;标准3.10:“知情同意”)。

(c)当为来访者/患者提供服务的治疗师正在处于接受培训的阶段,而且由其督导承担相关的法律责任时,那么作为知情同意程序的其中一个部分,需要告知来

访者/患者该治疗师正在处于培训阶段，并且在其督导监督下进行操作的事实。

10.02 夫妇或者家庭治疗

(a)当心理学工作者同意为几个相互之间拥有某种特定关系(如配偶、重要的他人或者双亲和子女等)的人员提供治疗服务时，需要在治疗的起初阶段采取适当措施澄清：(1)明确谁是需要服务的来访者/患者；(2)心理学工作者和每位成员的关系。这种澄清还包括明确心理学工作者的角色，可能会提供的服务内容以及服务当中需要获得的信息(可以同时参照标准4.02："保密范围的讨论")。

(b)如果心理学工作者很明显处在两个相互矛盾的角色当中(如一方面是家庭治疗师，另一方面又是夫妻离婚当中一方的见证人)，那么该心理学工作者应该采取合理措施以适当的方式对其双重角色进行澄清、修改或者退出(可以同时参照标准3.05c："多重关系")。

10.03 团体治疗

当为团体中的成员提供治疗服务时，心理学工作者需要在治疗初期说明团体中成员各自的角色、责任以及保密的局限性。

10.04 为已经接受其他治疗师治疗的来访者提供治疗

在决定是否为那些已经在别处接受过心理健康服务的来访者提供治疗服务时，心理学工作者需要仔细考虑有关其治疗事宜以及对方潜在的利益，同时需要和来访者/患者或者其法律代表开展相关事宜的沟通，以减少由转接治疗可能造成的混淆和冲突，必要时可以和原来为来访者提供服务的治疗师咨询相关情况，同时在实施治疗时要小心谨慎、灵敏善察。

10.05 与当前接受治疗的来访者/患者发生性亲密行为

心理学工作者不得与当前接受治疗的来访者/患者发生性亲密行为。

10.06 与当前接受治疗的来访者/患者的亲属或者相关的重要他人发生性亲密行为

心理学工作者不得与当前接受治疗的来访者/患者的亲属、监护人或者其他重要的相关人员发生性亲密行为。心理学工作者不得通过终止治疗而回避这个标准条款。

10.07 对先前具有性关系人员的治疗

心理学工作者不得为先前与之有过亲密性关系的来访者/患者提供心理治疗服务。

10.08 与已经接受过治疗的来访者/患者发生性亲密行为

(a)心理学工作者不得在转接治疗或者结束治疗的两年之内与接受过治疗的来访者/患者发生性亲密行为。

(b)除非非常特殊的情况，心理学工作者在两年间隔期之后也不得和先前接受

过治疗的来访者/患者发生性亲密行为。在转让和结束治疗的两年之内没有发生过性亲密行为,但是两年之后发生性亲密行为的,需要拿出下列有关的证据,来证明没有对对方进行任何剥削性行为:(1)治疗何时结束;(2)治疗的目的、持续时间、治疗强度;(3)结束治疗的情况;(4)来访者/患者的个人史;(5)来访者/患者当前的心理状况;(6)治疗对来访者/患者可能存在的负面影响;(7)治疗师在治疗过程当中提出有关在治疗结束之后想要同来访者/患者发生性关系或者发展浪漫关系的任何言语或者行为(可以同时参照标准3.05c:"多重关系")。

10.09 治疗的中断

在确立雇佣或者合同关系之后,心理学工作者要采取合理措施保证一旦与对方的雇佣或者合同关系终止之后,需要周密细致的考虑来访者/患者的利益,为来访者/患者提供有条不紊和恰当合理的照顾和治疗方案。

10.10 治疗的终止

(a)在有合适迹象表明:来访者/患者不再继续需要治疗服务,或者后续服务对其没有益处或者有损伤性影响,那么,心理学工作者可以结束治疗。

(b)受到来访者/患者或者其相关人员的威胁,或者继续治疗可能会危及心理学工作者时,那么心理学工作者可以终止治疗。

(c)除非来访者/患者或者第三方付酬人员提出不需要的情况,心理学工作者在终止治疗之前,需要以合适的方式向对方提出终止之前的咨询和有关其他选择性治疗方式的建议。

评论:

回顾条例的《绪论及适用范围》部分。假设一位新近工作的心理学家因为在家中地下室里对几名未成年人进行性爱抚而被逮捕,而这些孩子从未参与过该心理学家的任何研究。这位心理学家会不会也因为违背伦理规范而受到伦理委员会的裁决呢?下一篇摘录文章将就此情景的分歧进行讨论。

关于个人行为与职业行为区别的研究：伦理规范的划界之难[1]

3

◎ 兰道夫·B. 派普斯，珍米·E. 赫斯丁，玛利亚·G. 阿圭亚
（Randolph B. Pipes, Jaymee E. Holstein, Maria G. Aguirre）

在讨论心理学家的某个特定行为是否为 APA 伦理规范所允许或禁止时，常常会出现的一个问题是，该行为是否属于心理学家的职业角色范围。就此，2002 年版伦理规范的《绪论及适用范围》规定如下：

> 伦理规范只适用于各领域心理学家的行为活动，包括科学领域、教育领域、职业领域等。这些活动将与心理学家单纯的个人行为相区分，因为个人行为不在伦理规范的权限之内（p. 1061）。

因此，相比于 APA 伦理规范对心理学家工作的各种约束（作为一种会员义务被自愿接受），心理学家角色之外的行为不受伦理规范的约束和命令。只要符合个人的道德标准、社会习俗及其他相关的组织规则（例如，雇主或其他职业协会的各项规定），心理学家在工作之余可以发展各种人际关系，自由地选择性关系和各种复合关系。他们可能会因为自己的某种理由而侮辱特定性别的个人或宗教，却不受伦理规范的惩罚。显而易见，心理学家在不违反法律的前提下，可以拥有各种自由，哪怕是拒绝将自己的公寓出租给某些人，比如说同性恋。职业角色之外的心理学家（在遵守以上列举的各种约束规则的前提下）可以欺诈，辱骂恋人，对朋友说谎，不公平地评价他人，或者做一些可鄙的事[2]。总而言之，除了脚注内容以外，心理学家职业角色之外的行为均不受当前伦理规范的约束。需要重点指出的是，APA 伦理规范在定义个人行为或解释个人行为与职业行为的区别时，往往爱莫能助。

……

---

[1] 摘自《美国心理学家》杂志，第 60 期，325-334 页。©2002 美国心理学会。

[2] APA 会员如果触犯了重罪可能会被学会除名，尽管重罪与他的职业角色无关。也就是说，某些个人行为虽然在伦理标准条件下不会直接被起诉，但也会受到学会的惩罚。不过，触犯重罪只是允许但并不要求学会一定对犯罪会员进行惩罚。APA 伦理规范之所以不将违法行为吸纳为一项特殊标准的一个原因是，早就有共识认为某些违法行为，例如“不合作主义”，不应该相应地使相关成员也受到道德裁决（C. Fisher, personal communication, November 5, 2003）。

什么是个人行为？什么是职业行为？

1992 年版的 APA 伦理规范显然是第一部试图区分心理学家个人行为和职业行为的规范，该划分出现在《绪论及适用范围》部分。书中规定："凡与工作相关的各类活动，都可以与心理学家的单纯个人行为相区分，而个人行为通常（使用斜体字）不在伦理规范权限之内。"（APA，1992，p. 1598）

费舍和扬格林（Fisher & Younggren，1997）曾指出，关于心理学家职业角色之外的特定恶劣行为是否受到伦理规范约束的问题，将会成为伦理规范未来版本讨论的对象之一（欲了解对 2002 年版 APA 规范所作变动的讨论，请参阅 Fisher，2003；Knapp & VandeCreek，2003a，2003b.）。事实上，规范对职业行为（相对于个人行为来说）适用性的限制在 2002 年版的伦理规范中得到明显的加强。正如前文所说，2002 年版 APA 规范指出："这些行为（职业行为）应该与心理学家的单纯个人行为相区分，而个人行为不在（使用斜体字）伦理规范权限之内。"（APA，1992，p. 1061）尽管规范权限已经做出了明确的规定，但是2.06 款（个人问题和矛盾）却建议，在考虑某心理学家是否违反伦理条例时，其个人行为至少可以部分地纳入量刑讨论。而3.06 款（利益冲突）也关注了个人活动与职业责任之间的潜在结合。因为伦理规范时而将个人行为列入考虑范围，时而又把通常在非工作相关的活动中显现的个人问题，与工作背景中的不当行为扯上联系，所以个人行为与职业行为的区分变得很困难。关于个人行为与职业行为的区分问题，培顿（Payton）在 1994 年曾含蓄地评论过：

> 这种个人行为与职业行为的区分激发了我对自身角色的再思考。直到现在，无论我的头衔到了什么级别，我始终把自己看作是一个心理学家。现在还存在那种被人介绍时不会听到"噢，你可以读懂我的心"的心理学家吗？新版伦理规范（即 1992 年版规范）使我下班后得以自由地远离办公室的职业身份（Payton，1994，p. 319）。

培顿立场中特别指出了对他人认知的强调。从这点来看，这种认知是决定心理学家是否在"下班后得以远离办公室的职业身份"（借用培顿的话）的重要标准。

1994 年，肯特（Canter）、贝内特（Bennett）、琼斯（Jones）和纳基（Nagy）等人在一本关于 1992 年版规范的书中举了一个例子：一群心理学家围坐在某图书馆委员会的圆桌上，讨论不同种类的图书对儿童将产生何种影响。这种活动应该受到伦理规范的管束吗？一方面，某女心理学家争辩说自己是自愿以个人名义参加委员会的，作为委员会的一员她有权利表达自己对儿童图书的看法。另一方面，某观察员认为负责委员会任命的人，极有可能知道这些人的实际身份都是心理学家。观察员也可能认为，把委员会的职位、心理学家作为某大学心理系教授的角色（比如儿童心理学专业教授），以及他们所表达的观点联系起来，这完全是一种常识性的做法。

凡有心理学家大量引用心理学文献并公开对其自由评论，都可认为他所参与的活动是其科学性、教育性或职业性心理学家角色的一部分，即使他没有特别指明自

己的心理学家身份(APA,2002,p. 1061)。有趣的是,《加拿大心理学家伦理规范》(Canadian Psychological Association,2000),《医疗伦理原则及其应用于精神病治疗的注解》(American Psychiatric Association,2001),以及美国咨询协会的伦理规范中都有相关内容适用于此问题。而且每个规范都指出,职业人员有明确的义务表明自己的言语是属于个人观点还是专家观点。

尽管 APA 伦理规范并没有一条标准要求,心理学家必须澄清那些徘徊于个人观点与职业观点之间的模糊性言论,但是这种标准一定能帮助我们化解误会。显而易见,如果心理学家在清楚的令人信服的证据面前证明他处于职业角色时,依旧声称自己的个人化身份,那么他的行为就是欺诈。

虽然本文的目的不是为了向新版 APA 伦理标准提建议,但是我们相信,在制定 APA 伦理规范未来版本时,心理学家们有必要对公共言论领域的当前标准稍加改动,从而为心理学家在特定地点发言时澄清自己的个人身份提供更多指导。反过来,改动过的标准在应用于某特定情景时,将会直接处理个人行为与职业行为的区分问题。不是所有的个人行为与职业行为的区分难题,都可以在一个条款中得以解决,但是我们认为一项阐明某人澄清自我角色义务的标准,将会为伦理规范的合理性加分。或许有必要在这里指出,APA 规范的目的之一是颁布强制执行的标准,但另一个目的却是对心理学家进行教育。通过阐明公共言论领域的此项标准,规范就将使心理学家意识到澄清自我角色(即职业言论与个人言论之分)的重要性。

为了进一步关注个人行为和职业行为的区分问题,请思考下面两个例子:

一天晚上,临床心理学家罗瑞格兹(Dr. Rodriguez)博士在酒吧与朋友喝酒时,发现他的两位长期患者就坐在几英尺之外。虽然知道有患者在那儿,罗瑞格兹仍然喝得酩酊大醉、口齿不清。他的行为是否受伦理规范的约束?假如两个病患之一有严重的酗酒问题,或者假如罗瑞格兹博士经营的是当地的一家酒精戒除所,那么情况会不会有所不同?如果同样的事情一再发生,情况又会怎样?

格林博士(Dr. Green)是一位统计心理学家,同时也是垒球队的球员总监。她曾邀请她的博士生罗伊斯和她一起参加球队。但是,在球场上当着其他球员的面,格林博士多次出言贬低罗伊斯的球技。她还频繁地更换替补来限制罗伊斯的出场时间。不过作为一名博士生导师,格林博士经常鼓励学生,并且待人十分公正。格林博士在垒球场上的行为是否受规范的约束?

对于这些行为的明确指导在规范中并无规定,尽管 3.04 款(APA,2002)的确有警示心理学家避免伤害学生或其他工作伙伴的行为。任何行为规范都无法清楚地回答出所有可能导致个人行为与职业行为区分的复杂情景的问题。

或许同心理学的其他领域一样,女权主义理论与实践(例如 Worel & Johnson,1997)也会引发心理学家的个人行为与职业行为问题。女权心理学的“咒语”(理论主张)之一是相信“个人的即政治的”。事实上,《女权主义疗法的伦理规范》(Feminist Therapy Institute,2000;…)的绪言中也体现了这一内容。反过来,政治问题,例如社会公平,也被视为心理事业的重要部分。仅仅是拾起几本女权主义伦理的书,阅读其中的个人价值观与个人身份认同等内容,这一简单需求中就不可避免

地交织了职业价值观与职业伦理的观念。

另一个实例尤其从一个女权主义者的角度[1]突出显现了个人与职业之间的模糊关系,那就是诋毁言论。瓦斯克兹(Vasquez)与德拉斯·福恩特斯(de las Fuentes)曾在2000年讨论过诋毁言论的问题,及平衡自主权需求与女权主义伦理需求的问题(Vasquez & de las Fuentes,2000)。他们认为,有需要编制一些教师与学生的言论规范(同时也讨论了大量相关的法律案件)。他们还指出,言论自由并不是绝对的。然而当时的法律系统却极不愿意签署这种言论规范,在这一问题上法律界大都热情不高。尽管校园里的诋毁言论与个人生活中的诋毁言论有所差异,但是却引发了关于个人生活与职业生活相互作用的问题。假如一位临床心理医师有一大批患者是美籍非洲人,那么他在给一个种族主义的编辑朋友写信时,就只能言简意赅地写"我们没什么好说的"吗?

……

关于分界的问题

……

为什么考虑分界问题是很重要的?

也许在问题提出时,大脑中就闪现出一个答案,这个答案就在APA伦理规范之中(而且前面也曾讨论过),那就是,如果某人的问题行为被视为个人行为的话,那么他就不会因违反伦理规范而受到指控(或者至少不会被视为对他人犯了错)。因此,心理学家在分界问题上就有了既得利益,显然APA伦理委员会也同样如此。从更广泛、更重要的意义上说,思考分界问题可以挑战心理学家的思维,使他们沉浸于对个人与职业之间联系桥梁的思考。从这种意义上来说,重要的不是"在不受伦理规范管束的个人生活里,我可以有哪些自由",而是"有哪些永恒的价值观可以贯穿我的职业生活与个人生活"。我们要清楚,过一种不受APA监视的个人生活是心理学家的权利。所以,如果心理学家当着酗酒患者的面喝得酩酊大醉,却在事后首先想到"我会受到APA伦理规范的惩罚吗",这是极其错误的。

举一个不太极端的例子,某心理学家通常避免去某家咖啡店,因为他的一个患者经常光顾那儿。在心理学家看来,是医疗干预问题使光顾咖啡店成为问题。毫无疑问,去那家咖啡店是心理学家的权利。并且在这种情况下,伦理规范要约束心理学家的行为,也是毫无理由的。按照心理学家的观点,个人的考虑("我喜欢去这家咖啡店")与职业的考虑("我的患者常去那家店,职业的判断使我意识到这种情况下我的光顾会干扰到治疗")的交叉,要求他牺牲个人的选择[2]。这样,光顾某咖啡店的个人自由价值就被排序分级,在某种程度上,成了职业价值观的衍生。我们相信,心理学家经常会做出这样的选择。在这种情况下,心理学家的职业价值观就与个人价值观相融合,而且这种融合加强了心理学家的职业形象,有利于形成一种整体感,并为

---

[1] 如果说,某个女权主义者在比如道德或诋毁言论上有某立场,这种说法是不准确的。因为就像艾恩斯在1993年所说的,女权主义思想都可以分为几个流派,而女权主义的每个个体之间存在差异就更不用提了(Enns,1993)。

[2] 此处,我们不考虑心理学家的判断正确与否,不考虑心理学家不去咖啡店的原因是不是恰恰与医疗干预问题相反,或是出于自我保护。

那些在工作之余仍继续追求工作时间所持价值观的心理学家带来满足感。

模糊界限的含义是什么?

我们暂时提出三种含义。第一,挑选和培训未来心理学家时,角色的问题(参见上文的讨论)必须考虑在内。假如心理学家自身都不能对个人行为与职业行为作出区分,或者假设个人与职业各组成部分之间有一种交互的关系,那么心理学家怎样为研究院挑选学生将难堵住众口之矢。他们必须挑选那些性格上有诸如诚信、个人责任心、正直等优点的人。因为这样的性格可以帮助他们在个人领域或职业领域或者二者兼有的领域中做出符合伦理的行为。

第二,研究院的伦理训练不应只关注对伦理规范标准的服从与遵守,还应该鼓励那些符合更广阔更具理想性原则的行为。此外,由于个人与职业经常纠缠在一起,所以研究生课程应该重视一种自省与自知态度的塑造与培养。与许多哲学家一样,康德(请参阅 Potter,2002)也曾着重论述过自欺在道德示范中的作用。如果说自欺是一剂危险的毒药,那么解药的成分之一肯定是自省和自知。

第三,在心理学家一生中个人世界的发展是至关重要的。个人问题和矛盾(参阅 APA,2002,Standard 2.06)被视为是对有效职业行为的永久危害。而由此产生的损害也不断地挑战着实践与理论领域的心理学家。因而,心理学家个人世界的发展似乎就是职业者对抗个人问题和矛盾损害的有效武器。

……

总结与推荐

……

最后,我们想要推荐一种构想,即在不变动心理学家普遍遵守的伦理标准的前提下,澄清心理学家对伦理行为的精力投入一定要超越职业生活的疆界。因此,我们建议 APA 考虑修订伦理规范的《绪论及适用范围》部分,将具有理想性而非强制性的普遍原则加入其中,并明确指出其适用于一个会员一生中的所有行为领域,而不仅仅是职业角色的行为。我们的推荐基于两个基本假设:(a)通常对个人行为与职业行为加以区分,是很困难的。特别是在无法区分的灰色领域,如果知道伦理规范至少有一小点儿内容可以应对该行为,即使这点内容不是强制性条款,也会给人以安慰。(b)有许多广泛的理想性价值是心理学家在个人行为中可以基本达到的。

在 APA 伦理规范的当前版本中,一旦某一行为被定义为个人行为而非职业行为,整个伦理规范只能保持缄默。不过 APA 对于那些在工作时纪律严明、个人行为却触犯重罪的会员,已经有了一套处罚机制。因此,不该就 APA 是否对个人行为施行判决存有疑问了,因为在特定情景下 APA 的确会做出判决。于是乎我们开始深刻体会美国历史上始终强调的一个真理,即职业伦理规范不应当干涉某人的个人行为。与此同时,APA 规范的魅力和特色之一就是,它对强制性原则和理想性原则做出了明确区分。但这并不意味着,每个 APA 会员都完全同意这些理想性原则,不过大多数情况下,这些原则的表达方式的确使大多数心理学家心感愉悦。这些理想性

原则以众多具有明显吸引力的价值观(诸如公平、正直、对他人权利与尊严的尊重等)为基调。因而心理学家通过努力达成这些原则表现他们超越职业角色的道德理想,看起来就相当合理了。在我们看来,对于这些价值观的遵守和坚持是心理学家在个人生活中迫切追求的目标,这看起来也是合情合理的,即使不是太明显。

参考文献

American Counseling Association. (1995). *Code of ethics*. Alexandria, VA: Author.

American Psychiatric Association. (2001). *The principles of medical ethics with annotations specially applicable to psychiatry*. Arlington, VA: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *48*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Brabeck, M. (Ed.). (2000). *Practicing feminist ethics in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Canadian Psychological Association. (2000). *Canadian code of ethics for psychologists* (3rd ed.). Retrieved from http://www.cpa.ca/ethics2000.html

Canter, M. B., Bennett, B. E., Jones, S. E., & Nagy, T. F. (1994). *Ethics for psychologists: A commentary on the APA ethics code*. Washington, DC: American Psychological Association.

Enns, C. Z. (1993). Twenty years of feminist counseling and therapy: From naming biases to implementing multifaceted practice. *The Counseling Psychologist*, *21*, 3-87.

Feminist Therapy Institute. (2000). *Feminist therapy code of ethics* (Rev. ed.). Retrieved March 25, 2005, from http://www.feministtherapyinstitute.org/ethics.htm

Fisher, C. B. (2003). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Fisher, C. B., & Younggren, J. N. (1997). The value and utility of the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 582-592.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (2003a). *A guide to the 2002 revision of the American Psychological Association's ethics code*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (2003b). An overview of the major changes in the 2002 APA Ethics Code. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*, 301-308.

Payton, C. R. (1994). Implications of the 1992 ethics code for diverse groups. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 317-320.

Peters, J. W. (2005, February 8). Company's smoking ban means off-hours too. *The New York Times*, C5.

Potter, N. (2002). Duties to oneself, motivational internalism, and self-deception in Kant's ethics. In M. Timmons (Ed.), *Kant's metaphysics of morals: Interpretative essays* (pp. 371-389). Oxford, England: Oxford University Press.

Rave, E. J., & Larsen, C. C. (Eds.). (1995). *Ethical decision making in therapy: Feminist perspectives*. New York: Guilford Press.

Vasquez, M. J. T., & de las Fuentes, C. (2000) Hate speech or freedom of expression? Balancing autonomy and feminist ethics in a pluralistic society. In M. M. Brabeck (Ed.), *Practicing feminist ethics in psychology* (pp. 225-247). Washington, DC: American Psychological Association.

Worell, J., & Johnson, N. G. (Eds.). (1997). *Shaping the future of feminist psychology: Education, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

评论:

2002年规范的主要变动之一是,普遍原则所体现的基本价值观的不同。1992年版规范的开篇包括六大非强制性普遍原则:称职、诚实、职业和科学责

任、尊重人的权利与尊严、关注他人福祉、社会责任。新版规范中则将其替换为:善行与好意、忠诚、诚实、公正、尊重人的权利与尊严。而这些价值正是所谓的“表面(prima facie,是拉丁语,含义为表面的、初步印象的。在此处与义务、道德价值等词连用,译为‘表面义务’‘表面道德价值’,表示一种普遍意义的义务或道德价值。——译者注)义务”或“表面道德价值”的一种表现。

追随20世纪英国哲学家W. D. 罗斯的观点(参阅Ross, W. D. [1930]. The right and the good. Oxford, England: Clarendon),我建议对这些形似的价值观进行不同的排列,并且认为伦理规范的作用之一就是将这些道德价值强制化。由此我所列出的义务清单包括:好意、忠诚、善行、公正和自主。

或许,心理学家道德义务的最低要求是好意(nonmaleficence),拉丁语称Primum non nocere,总而言之是不损害他人的意思。忠诚(fidelity)通常是指病患与医师之间所固有的忠实与忠心的义务,不过它的含义也可以扩展为对某人职业的科学本质的忠诚。善行(beneficence)是最为普遍的原则,而把心理学定义为一种“帮助性职业”就是善行的一个体现。具体说来,善行是指职业实践者惠及职业对象的责任,以及研究者力求研究活动科学性或实用性的义务。公平(justice)指的是心理学家平等对待每位服务对象的责任,以及尊重每个人价值与尊严的义务,或许后者可以视为一种更高级的义务。最后但也是相当重要的是自主(autonomy)原则,即保证人们思考、选择和行为的自由,只要他们的行为没有过分侵犯到他人的权利。这些原则将在第三单元做更全面的阐述。欲了解这些“表面义务”在APA规范中是如何体现的,请参阅Bersoff, D. N., & Koeppl, P. M. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, 3, 345-357;和Knapp, S., & Vandecreek, L. (2006). A principle-based analysis of the 2002 American Psychological Association ethics code. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 247-256。

尽管2002年版规范中采用的基本伦理原则体系是一次有利的改动,但是规范仍旧因为没有为参考者提供足够的帮助来解决伦理难题而受到指责:

> 规范以其现有的状态,无力为人们解决伦理原则间的相互冲突提供指导。其结果是,APA将责任通通推卸给个人,由个人凭借其对道德的理解与经验自行解决。这就使伦理规范的基本目的(即:帮助抉择者做出有足够信息依据、始终如一的伦理选择)失去了意义(pp. 131-132)。

请参阅Hadjistavropoulos, T., & Malloy, D. (1999), Ethical principles of the American Psychological Association: An argument for philosophical and practical ranking. *Ethics & Behavior*, 9, 127-140。

与APA相似,加拿大的伦理规范也描述了四大道德原则,作为强制性标准的基础,包括人的尊严、有责任感的关怀、人际诚信和社会责任。不过,与APA相反,加拿大心理学会对如上各原则的排序,是“根据当冲突发生时,每种原则所应予的份量”(《加拿大心理学家伦理规范》,1991年,第二版第二次印刷)。需要注意的是,尊重个人(自主权)所占的份量是最重的(尽管有时也并非完全如此)。欲了解加拿大伦理规范的发展史以及对四大基础原则的更详细论述,请参阅Pettifor, J. L.,

Sinclair, C., & Strong, T. (2005). The role of dialogue in defining ethical principles: The Canadian code of ethics for psychologists. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 183-197。

联邦和州级心理学联合会,是一个机构联盟,负责为美国和加拿大的心理学家颁发执照和证书。该联合会也制定并实施了一部行为规范,它被翻印在 L. J. Bass, S. T. DeMars, J. R. P. Ogloff, C. Peterson, J. T. Pettifor, R. P. Reaves, et al. (Eds.). (1996). *Professional conduct and discipline in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association. (见附录)。

对伦理规范的解释和执行是 APA 伦理委员会的职责。委员会的组织和工作主要受到 APA 章程、代表大会通过的《学会准则》以及伦理委员会自主制定的《规则与程序》的管理和指导。其中,APA 各项规章中与伦理相关的两个部分分别是第 6 款第 5 项和第 2 款第 16-18 项。请参阅《美国心理学会章程》(2002 年 1 月修订版,华盛顿:美国心理学会)。

美国心理学会章程 4

⊙ 美国心理学会(APA)

……

【第6款第5项规定:】

5. 伦理委员会委员应不少于8人,其中至少7人是学会会员。委员们应来自不同的地区,任期不少于3年。选举产生的伦理委员会委员应代表心理学界特有利益的集合。伦理委员会有权受理、初步了解和调查对会员(包括特别会员)、准会员和分会会员违背伦理行为的投诉;有权就各种类型的受调查案件提出报告,并对困难案件或反诉案件做出特殊描述;有权对受调查的道德案件拒绝受理或委托受理;有权在适当时以协议的方式解除案件;有权制定伦理规则或原则草案,并交由学会讨论通过;有权制定管理道德行为或规范工作流程的《规则与程序》草案,并交由代表大会利益的理事会讨论通过;有权解释、实施甚至执行这些规则和程序。

伦理委员会的工作,包括所有在审案件的信息搜集和推荐建议,都是对外保密的(除了由伦理委员会提出、经理事会通过的《规则与程序》中的个别规定要求公开之外),并且要与委员会宗旨及学会利益相一致。

……

【第2款第16—18项规定:】

16. 会员(包括特别会员)、准会员和分会会员如有以下行为,将会受到除名处分或其他处罚:违反学会伦理原则,对学会造成损害与破坏或者玷污学会名誉,违背或破坏学会宗旨。对这些行为的控诉应送交伦理委员会审理。

伦理委员会可制定管理伦理行为和规范工作流程的《规则与程序》。但是这些规则和程序及其修订必须由代表大会利益的理事会通过。伦理委员会在自我监管或理事会的监管下,定期重审这些规则和程序,不时地做出修订,并提交理事会通过。不过前提是,修订案不应对行为接受调查或修订期间被正式起诉的会员、准会员或分会会员的实质权利造成不利影响。

17. 凡被伦理委员会的《规则与程序》除名者,可在会员身份终止5年后,重新提出入会申请。凡根据特定协议允许自行辞职者,可在协议期满后或协议中其他条件消失后,重新提出入会申请。在以上情况中,申请重新入会的会员、准会员和分会会员,其伦理各方面必须符合会员的资格要求。这些申请必须先提交伦理委员会审查,然后由委员会推荐给会员资格委员会。

18. 会员、准会员和分会会员的辞职申请仅由理事会批准即可。按照正常程序，如果会员、准会员或分会会员正在接受伦理委员会审查，理事会在自我监管下，必须拒绝其提交的辞职申请。

评论：

1996 年，理事会通过了一项决议，其中定义了“接受审查”的含义：

在以下情形中，某会员将被视为正在接受伦理委员会审查：

1. 当某会员因为纪律审查或犯罪调查或者其他团体的调查，而受到委员会初次审查的。

2. 因为其他事件，投诉或者其他调查经过伦理委员会主席和委员会理事初次审查后没有被驳回的。

……

当受到委员会审查的会员在上述相关事件结束后，即不再接受委员会审查。

请参阅 APA Ethics Committee. (1996). Policy on barring resignations during ethics investigations. *American Psychologist*, 51, 1341。

一年后，该政策得到修订。凡会员因为某个或某几个未决事件而受到审查的，可以签署一项宣誓书，以便为未决事件结束时的辞职申请做准备。在宣誓书有效期内，“APA 不得就任何有关某会员或某些会员的新近投诉行使裁决”(APA Ethics Committee, 1998, p. 972)，然而 APA 为避免对未决案件的不合作嫌疑，可以搁置裁决。请参阅 APA Ethics Committee. (1998). Report of the Ethics Committee, 1997. *American Psychologist*, 53, 969-980。接下来请阅读伦理裁决管理规则的最新版本，下一篇为其翻印文。

规则与程序 5

(2001年10月1日)

美国心理学会伦理委员会(Ethics Committee of the American Psychological Association)

总 论

这篇总论旨在帮助读者理解《规则与程序》的结构。总论对伦理委员会或其成员的伦理行为过程不具有约束作用,其权威性不能单独生效。

这些规则共分五章,其下又分出数条、数款。下列目录总结了几个主要条款的标题。

第1章和第2章:基本条款

第1章陈述了伦理委员会的宗旨和权力。第2章介绍了委员会的一般运作规则。用于处理相关伦理案件信息的保密与公布;伦理委员会记录的保存与删除;委员会的裁决权,其中包括伦理投诉的期限问题;对辞职的限制;终结案件的重启请求;对多种强制性裁决与指令的描述。

第3章至第5章:伦理委员会对于投诉或其他事件的处理和审查

委员会资格问题

伦理委员会可以审查APA会员资格的申请与再申请,并审查关于会员以虚假或欺诈信息获取会员资格的投诉。这些程序将在第3章加以阐述。

对违反伦理规范行为的调查

本部分描述了两种类型的调查:提出正当理由的诉讼和对被指控的违反伦理规范行为的审查。委员会处理案件时可以任选其一,并且必要时可以将调查从一种类型转为另一种类型。提出正当理由的审查针对出现其他机构的惩戒行为的案件;针对违反伦理规范行为的审查由投诉者或委员会发起。

提出正当理由的诉讼

第4章介绍了提出正当理由诉讼的程序,其使用条件是,其他机构包括法院、资格鉴定委员会、州级心理学会已对某会员施以特殊严肃惩戒。例如,凡有会员

因重大罪行或其他程度相近罪行已被审判的；被州级心理学会开除或暂时取消资格的；已被吊销执照、撤回许可证、撤销注册的，或被州级或地方委员会撤回或暂停执照、许可证、注册的。出现以上情况，委员会将开启提出正当理由案件。如果被告不做应答，将被自动开除出会。被告可以要求重新审定开除决议，此时被告将有 60 天时间解释不应因为已有行为而被 APA 开除的理由。被告可以展示惩戒程序的不公正，辩解自己行为的利处。如果被告提出审查请求，委员会将提交理事会决定是否开除被告或允许他在某条件下自行辞职，或施以谴责、批评，或取消指控。

在案件调查伊始，被告可以不应对指控而直接提出辞职，因为调查期间接受辞职请求。

有关提出正当理由案件的时间限制问题，在第 2 章 5.3.4 条有相应规定。

关于违反伦理规范行为的控诉

第 5 章详细介绍了针对由学会会员或非会员成员发起的诉讼和伦理委员会自身发起的诉讼（即自行诉讼）的调查。投诉的提交必须在规定期限以内，或因情节严重可以获得期限豁免权（参阅第 2 章第五条）。不过，尽管可以期限豁免，但是对于投诉提交日起 10 年之前或者更早的违规行为，委员会也无能为力。

投诉首先交由伦理办公室主任或主任委派的调查员进行评估，以决定审理的有关事项，如投诉对象是否会员，投诉表格是否完整，投诉是否符合提交期限。然后伦理委员会主席和伦理办公室主任或他们的指派人员决定该投诉是否具备委员会立案依据（参阅第 5 章第 5.1 条）。如果有需要，主席或主任可以组织一个初步调查（参阅第 5 章第 5.3 条）帮助解决这些准备阶段的事项。如果委员会没有审判权限或无充足立案依据，该投诉将被拒绝。如果委员会具有审判权限或立案依据具备，主任将对此立案、发布具体通告信和组织调查活动。被告有权就委员会审理投诉案时将要考查和依据的一切证据，提出自己的评论。调查结束后，案件转交委员会复查和裁决。

在裁断某投诉过程中，委员会可以作出以下裁决，如拒绝受理，或在有补充训令或无补充训令时推荐实行谴责处罚，或推荐理事会开除被告的会员资格，或在特定条件下经理事会批准赋予会员选择辞职的自由等。

上述裁决情况除拒绝受理和特定辞职之外，被告有权申请独立审理和评估，或者在出现开除会员资格的推荐裁决时，申请正式的听证会或独立裁决。在针对建议谴责处罚的独立裁决过程中，被告要为无法接受委员会的推荐裁决提供充足理由，同时由被告从理事会常设听证小组的六位成员中选出三人组成的小组，根据书面记录提供最终裁决意见。最后根据小组决议或被告可接受的委员会推荐裁决，办公室主任实施最终裁决。

听证会是一种由听证委员会出席的现场性诉讼受理程序，听证会本身可以向理事会提交独立的推荐裁决。被告可以选择实行独立裁决来替代听证会程序。委员会对于听证委员会、独立裁决小组、伦理委员会（在不要求听证的情况下）提交的推荐裁决进行审查，并投票通过，除非该裁决因特殊缺陷需要进一步进行重新审理。

在案件调查开始时，如果被告对投诉不予辩解而选择辞职，那么即使伦理调查已然进行，该辞职也被接受。

通过与实施

下文中所展示的《美国心理学会伦理委员会规则与程序修订版》是由美国心理学会理事会在1995年12月9日通过，并于1996年7月1日生效实施的。2001年8月25日美国心理学会理事会又通过了另一个修订版本，内容涉及允许被告在伦理调查期间提请辞职，及对提出正当理由诉讼案的被告行使审查权之后可以自动开除会员资格。自2001年10月1日起，最新版本将适用于美国心理学会伦理办公室受理的，与提出正当理由诉讼或通告有关的所有被告。而《规则》中的其他内容自1996年7月1日生效开始将适用于所有投诉和案件，不过也有例外，第2章第1.2条的1992规则规定“在接受伦理委员会调查或已成为伦理委员会正式投诉对象的学会成员，任何修订版本都不得侵犯其成员权利”，该规则不受生效期限限制。如《规则与程序》修订版本的实施对以上权利构成侵犯，则在该会员接受伦理委员会审查时，《规则与程序》版本中的特定条款将被采用。不过，因委员会或心理学会违背《规则与程序》而搁置规则的执行进程的情况不常发生，唯有一种情形除外，即这种违背行为的确已使被告蒙受歧视。

第1章 委员会的宗旨和权力

1. 宗旨

伦理委员会的基本宗旨（以下皆称委员会）是确保心理学家的伦理行为保持在最高职业水平，以伦理标准知识来教育心理学家，力使公众免受心理学家的有害影响，并帮助学会达成规章中所规定的一系列目标〔1〕。

2. 权力

委员会拥有以下权力：

2.1 制定伦理规则或原则并交由学会通过。

2.2 调查对会员（包括资深会员）、准会员（下文皆称会员）不道德行为的指控，在某些情况下学生成员和会员资格申请人也被列入调查对象。

2.3 裁决对不道德行为的指控，或建议某种有利于达成学会宗旨的裁决行动。

2.4 报告各种类型的投诉案件，对严重案件予以特殊表述。

2.5 以《规则与程序》约束审判过程中的各种行为。

2.6 其他行为的采取必须与学会规章、学会准则、学会伦理规范、规则与程序等条例保持一致，并且必须能恰如其分地达成学会目标。

---

〔1〕 伦理委员会力图通过一系列措施来保护公众的利益，如制止心理学家的不道德行为，对根据《规则与程序》确有违背道德的行为采取适当行动，设定标准帮助心理学家理解自己的伦理职责。当然，无论怎样委员会或学会都无法保证不道德行为不会发生，也无法保护公众永远不会遭受个别心理学家的侵害。

2.7 向附属委员会、特别委员会、伦理委员会的特别工作组派遣适当任务，如果有需要还可向学会雇员或代理人指派任务。而参与这些任务的个人或组织必须完全遵守《规则与程序》的规定。

第2章 基本操作规则

1. 基本条款

1.1 美国心理学会文件[1]

委员会的一些行动必须基于适用的政府法律法规、学会章程、学会规则、学会伦理规范、规则与程序等的规定。

1.2 适用的伦理规范

所有行为必须遵从行为发生同期正在实施的伦理规范。假如某行为过程的持续期内，实施过多个版本的伦理规范，那么该行为则按发生日期分段匹配可适用的版本。

1.3 规则与程序

委员会使用《规则与程序》来管理审判期间发生的各种行为，并且会以委员会成员三分之二的投票率不时地对该条例加以修订，除非已有修订版的所有内容都不会侵犯那些学会成员的权利，包括正在接受伦理委员会调查或修订期间被伦理委员会推荐裁决为开除会员资格、约定辞职、会员身份作废、谴责和训诫的。规则与程序的内容变更必须经由代表心理学会全体代表大会意志的理事会批准。

1.4 符合时间要求

美国心理学会和被告将尽最大的努力严格遵循《规则与程序》的时间要求。不过违背了时间要求也不会阻碍最后的裁决，除非这种违背对被告存在过度歧视。如有充足的理由，办公室主任根据请求可以延长递交申述或回应的规定期限。无论怎样，所有案件的回应提交期限都在《规则与程序》有明文规定，而所谓特定时期是指伦理办公室收取回应的所需天数。

1.5 时间的计算

在计算规定期限时，判决时期、判决发布日及缺席日不算在内。除遇周六日、法定假日等期限延期至下一个工作日之外，期限最后一天将被计算在内。

[1] 欲获取最新学会章程和规则的相关内容，请联系美国心理学会伦理办公室。

2. 会议和官员

2.1 会议频率与法定人数

委员会按照需要隔期举行会议。会议的法定人数囊括委员会选举成员中的大多数。

2.2 官员的选举

这个合理组建的会议每年将选举产生一位主席和一位副主席。

2.3 权限

当主席没有时间或能力承担职责时，副主席将有权承担主席的全部职责，并且也接受主席指派或规则规定承担其他职责。

2.4 大多数原则

除了《规则与程序》的特殊规定，所有决议必须获得出席选举人的大多数投票数后通过，或者以邮寄投票的方式，也要得到合格选举人的大多数投票。

2.5 职责委派

学会首席行政长官指派工作人员担任伦理办公室主任。规则中出现的"主席""副主席""主任""会长"等称谓，均是指这些受指派人员或其委派者。

2.6 出席者

伦理委员会案件协商的出席者必须为委员会选举人员、委员会准委员、伦理办公室主任、伦理办公室工作人员、理事会成员、学会法律顾问以及其他由委员会授权旨在维护委员会正常运作的派出人员等，除此之外，其他欲出席者必须经由委员会三分之二投票数通过授权。

3. 保密与通告

3.1 保密的要求

有关会员投诉案的所有信息都必须保密，但一些情形除外，主任如受到法庭传票压力，或回应联邦、地方委员会及其他类似团体[1]的请求，或遵守法律规定，或服从《规则与程序》规定时，可以公开这些信息。除此之外，信息公开还有一种情形，即当主席和主任一致认为有必要公开信息以保护以下人的利益：(a)投诉人和被投诉人；(b)其他调查或审判团体；(c)心理学会；(d)公众。同时，信息的公开不能与学会的关

---

[1] 在《规则与程序》中，凡提及州级或地方委员会或类似团体，即指州级、地方或省级执照委员会(同时适用于美国和加拿大)；可以颁发执照或资格认证的州级、地方或省级考试或教育委员会；没有发证权的州或省的非法定执照委员会(如注册机构)。

注点相冲突,即尊重伦理行为者的法定保密权和保障内部审判协商的保密性。

3.2 工作人员、法律顾问、其他指派人员的知情

信息的知情者应包括学会的法律顾问、学会首席执行长官、由首席执行长官委派协助委员会工作的学会总办公室工作人员,其他由委员会授权旨在维护委员会正常运作的派出人员。根据规则中的保密条款,这些人为达成规则中所规定的目的,无论信息提供者是否同意公开,均有权使用这些信息。

3.3 有关调查或调查结果的通告

根据关于案件调查结果通告的规则规定,本类通告必须包括被违反的伦理标准[1]和(如确实发现违背行为)未被违反的伦理标准,如果有的话,还应包括制裁办法(一份涵盖所有裁决指令的陈述)。在有关第4章提出正当理由投诉的案件中,通告应该描述隐性制裁的类型(例如资格撤销),而无须涉及隐性行为。在根据第3章第3.3条规定废止会员资格的案件中,通告必须指出会员资格被废止的原因是,资格的获得是基于虚假或欺诈的信息。在这些案件中,还应该包括一些基本原则:(a)凡规则要求通告的,由理事会或委员会处置;(b)凡未要求通告的,由有权通告的团体或个人(如理事会、委员会或主任)处置;(c)按照协议处置通告。

3.3.1 被投诉人

主任必须把案件结果通知给被投诉人。本类通告须包括学会裁决的基本原则。根据《规则与程序》中的用法,被投诉人一词包括任何会员、学生会员、正在接受伦理委员会审查的会员资格申请者等。

3.3.2 投诉人

主任必须把案件结果或调查期间被告的辞职申请通知给投诉人。如果有必要向投诉人告知案件进展,经过斟酌,主任也可以在任何时候向投诉人提供信息。

3.3.3 会员资格

主任必须每年发布会员资格报告,记载因不道德行为失去会员资格的会员名单和接受伦理调查期间辞去会员身份的会员名单。对于那些失去资格的会员,主任也必须报告他们所违反的道德标准,或提出正当理由案件中的隐性制裁的类型,或阐明会员资格废止的原因是它的获得是基于虚假或欺诈信息。其他协议辞职的规定因其没有报告要求,故无须报告此类型的会员资格信息。

3.3.4 代表大会

主任必须每年将调查期间批准协议辞职的会员名单,秘密地报告给代表大会。

3.3.5 其他团体

为保护学会或公众利益、维护学会各项准则,理事会或委员会一旦决定有必要进行深入通告,主任就必须将案件结果通知给以下团体或个人。这些通告对象包括:(a)州级或地区级附属学会[2];(b)美国职业心理学委员会;(c)州级或地方委员会或

---

[1] 本条例中的"伦理标准"是指《心理学家伦理准则与行为规范》中的伦理标准,《心理学家伦理准则》中的心理准则,以及再次级伦理规范中的强制性规定。

[2] 根据《规则与程序》,州级学会包括区域级、地方级或县级心理学会,考虑到学会的加拿大籍成员,还包括省级心理学会。

类似团体；(d)州级和省级心理学联合委员会；(e)国家心理健康服务提供者注册机构；(f)其他合法团体。

3.3.6 其他投诉知情群体

凡有群体已知情某案件按照规则正在接受审判，主任须向其通知案件结果。案件知情群体的知晓途径可能为委员会、主任、被投诉人、投诉人等。

3.3.7 案件转变通告

针对任何根据第2章第7.3条或7.4条规定出现转变的案件，主任须向投诉人或其他投诉知情者通告案件结果。根据第4章第12.1条和第5章第7.6.5款，通告中还须涉及协议辞职的事实。

3.3.8 调查事实公开

（经委员会获得三分之二投票结果后决定）主任须向第3.3.5款(a)—(f)中的通告对象公开以下事实，即某人因其案件严重影响公众利益正在接受伦理调查。但是这样做的前提是，在最终审判前公开事实能够保护公众利益。

3.3.9 应被投诉人请求面向其他群体的通告

应被投诉人请求，主任须向其他群体通知案件结果。

3.3.10 应书面申请关于会员资格撤销的通告

学会须向任何递交书面申请询问某心理学家情况的个人做出通告，内容涉及如下：某前会员因不道德行为丢失会员资格，某前会员在接受伦理调查期间自行辞职，因某人基于虚假或欺诈信息而谋取会员资格，其会员资格被废止。然而，通告内容不能涉及1996年6月1日之前的裁决和审查，而且如果没有协议规定，也不能涉及协议辞职的问题。

3.4 法律行动发起所产生的豁免

一项法律行动，如果对象是学会或学会代表、官员、理事、雇员或志愿服务人员，并涉及伦理委员会或主任所考虑案件或所采取措施，那么它的发起必然产生豁免。考虑到法律行动的主题，这种行动发起人主要关注学会规则或其他重要文件中所认可的保密性。

3.5 以调查或其他活动为目的的交流

只要有利于《规则与程序》规定的各项活动的顺利进行，本章的任何条款都不能阻碍主任与被投诉人、投诉人、证人或其他心理来源者之间的信息（包括来自于被投诉人、投诉人或证人的信息）交流。

4. 记录

4.1 伦理档案的保密性

根据本章第三大条的规定，有关案件调查与审判的委员会档案必须加以保密和保存，并与《规则与程序》保持一致。

4.2 调查档案

调查记录涉及个人的身份信息，其保存期自案件总结日算起，不得少于5年。

4.3 涉及会员资格撤销的档案

对于失去会员资格的案件,除本章4.4条的规定外,其记录须永久保存。

4.4 会员资格的重新获取或死亡

被学会重新授予会员资格或断定死亡的会员,其记录须自断定做出后保存至少5年。

4.5 有教育目的的记录

《规则与程序》的任何内容均不得阻碍委员会在存档或记录存放的安全地点保存记录,也不得妨碍其为了达到教育目的,在不表明当事人真实身份的情况下,使用或出版某伦理案件的相关信息。

5. 审判

5.1 审判对象

委员会的审判对象包括美国心理学会中的会员(包括资深会员)、准会员、会员资格申请者。此外,审判对象还可以包括学生会员,不过前提是要确保该问题行为不受学生教育项目的直接监管,或不受训练场所(经学生教育项目正式通过批准作为学生监管训练的一部分)的直接监管[1]。

5.2 主旨问题

委员会行使审判权以实现其目标,完成其职责。而这些目标和职责正是规则与程序和其他学会重要文件授权成立委员会的目的所在。

5.3 投诉期限与提出正当理由投诉的通知

5.3.1 会员提起的投诉

除本章5.3.5款和5.3.6款的规定外,委员会须考虑由学会成员提起的对于其他会员的投诉,不过前提是投诉接收日期与投诉行为发生或被投诉人发现日期之间不得超过3年。

5.3.2 非会员和学生会员提起的投诉

除本章5.3.5款和5.3.6款的规定外,委员会须考虑对非会员和学生会员提起的投诉,不过前提是投诉接收日期与投诉行为发生或被投诉人发现日期之间不得超过5年。

5.3.3 自行投诉

除本章7.4条的规定外,委员会按照《规则与程序》第5章规定须发起自行投诉,但是前提是投诉的发起或通知的提供(见本章5.6.2款)日期与不道德行为的发现日

[1] 判定某人是否为学会会员是根据学会章程、学会规则及其他相关重要学会文件决定的。在现行规则下,由学会所承认连续两年未缴纳会费者将终止其会员身份。欲获取现行学会章程和学会规则者,请与美国心理学会伦理办公室联系。根据《规则与程序》的规定,高中生会员和外国会员不属于学会正式会员。

期之间不超过1年,并且与行为的发生日期之间不超过10年。然而无论期限是否过期,委员会必须发起自行投诉,投诉日期与不道德行为发现时行将结束的日期之间不超过1年,与行为的发生日期之间不超过10年。这些不道德行为包括:(a)重罪判决;(b)授权法庭发现的行为不当;(c)因不道德行为被州级学会开除或中止会员资格;(d)因违背伦理规范而被州级或地方委员会废止、停用或责令交还执照或资格证,或撤销注册,或委员会的伦理诉讼程序未决。

5.3.4 提出正当理由的通知

委员会按照《规则与程序》第5章规定须发布提出正当理由的通知,但是前提是通知的发布或提供(见本章5.6.2款)日期与断定使用提出正当理由投诉程序(见第5章第一大条描述的事例)的日期之间不超过1年,并且与行为发生日期之间不超过10年。不过,如果侵犯行为的对象是未成年人,后一期限可以延长为20年。

5.3.5 会员和非会员提起的投诉的期限例外

5.3.5.1 基本标准。任何投诉的受理必须遵守条例规定的期限,否则不予考虑(参见本章5.3.1款和5.3.2款关于投诉主题的规定)。主席和主任(如果二者未达成一致,将加入副主席后三者投票决定)的决定必须遵守以下标准:

5.3.5.1.1 被投诉的行为包括以下情形:性侵犯、重大罪行、保险欺诈、剽窃、不合作、喧嚣性的故意误称,及其他可能产生实质伤害的行为。

5.3.5.1.2 投诉受理日期与投诉行为发生日期之间不超过10年。

5.3.5.2 适用期限的变更决议。一旦主席和主任(如果二者未达成一致,将加入副主席后三者投票决定)确定5.3.5.1款的基本标准已得到满足,适用期限将被变更。

5.3.6 期限之外的行为

委员会须考虑期限之外行为的证据,并联系符合期限规定的行为之开端、调查、审判和处置结果。然而,委员会只能对期限内发生的行为实行制裁。为了对期限之外发生的行为施以制裁,主席和主任必须考虑变更行为的适用期限(见本章5.3.5款)。

5.3.7 重启调查

按照第2章第六大条中调查重启的规定,调查必须遵从一定的期限,只要原有案件中投诉被受理,或原调查已被发起,就以适时的方式,做出变更期限的决定(见第2章5.3.5款)。不过,如果新证据的收取日期与不道德行为发生日期之间超过10年,委员会将无法继续这一调查,除非期限案件作为或转换为正当理由类型提出,或侵犯对象是未成年人。

5.4 辞职禁止

5.4.1 辞职禁止

除本章5.4.2款和11.4条的规定外,任何人在经受委员会审查期间提出的辞职申请,无论是辞职信、会费停缴或其他形式,委员会均不予批准。

5.4.2 接受伦理调查期间的辞职

被投诉人可以选择接受辞去会员身份的机会,并且这种辞职将被视为“接受伦理调查期间”的辞职。不过这种辞职机会的前提是,在收到心理学会伦理办公室的伦理案件通告的特定期限(第4章自动开除资格的60天期限;第5章中的30天期限)内,被告向办公室提供一份签字确认的宣誓书,表明接受调查期间的辞职机会。在规定期

限内未能交回宣誓书者，将放弃接受伦理调查期间的辞职权利。

当收到委员会对宣誓书的回执时，辞职即生效。学会以会费通知的形式将会员资格撤销结果告知投诉人或其他向学会请求获知被告辞职信息的人（参见本条例第4章第二大条和第5章4.3.2款、5.3条和6.1条）。

5.5 并发性诉讼

会员所涉及的民事或刑事诉讼不应阻碍委员会的行动。在诉讼期间，委员会将会继续或延期伦理案件进程。在民事或刑事诉讼程序的悬决期，委员会对调查的延迟不会构成审判豁免。

5.6 其他并发性纪律处分程序

5.6.1 并发性审判

其他团体或审判机构的纪律处分程序或行动不应阻止委员会的行动。在上述程序的进行期间，委员会将继续或延期伦理案件进程。在程序悬决期，委员会对调查的延迟不会构成审判豁免。当委员会获悉另一授权法庭的处分行动被延迟时，这种延迟既不会需要委员会的行为，也不会对其形成阻碍。当另一团体或审判机构所调查的是同一指控时，或发现该指控无法律价值时，伦理委员会经过斟酌可对该案件不予开启，如果案件已开始，委员会可以终止案件。

5.6.2 来自另一团体的未终结性纪律处分行动

当州级、地方委员会或类似团体已对某学会成员采取处分行动时，如果行动并未终结，并且会员也未能完成全部指令、考察和其他要求，或者问题行为不足以导致学会开除资格的处分，主席、副主席和主任可以决定不予开启自行诉讼案或提出正当理由诉讼案。决定一旦做出，该会员即会明白，自己的案件已在委员会的审查之下，除非完成州级、地方委员会或类似团体的要求，自己将一直处于被监视状态。如果要求未能成功完成，将会引发委员会的进一步行动；相反，要求如能完成，将会避免委员会的行动。

5.7 审判的提交与保留

委员会在任何时候都可以将案件提交另一公共审判机构请求适当处置。即使某案件被提交给另一审判机构，委员会也可以保留审判，根据《规则与程序》独立思考案件。

6. 已终结调查的重启

如果案件终结后，不道德行为又有新的重要证据被委员会关注，案件调查将重新启动，并按正常程序运作。如果主任判定证据信息已具备，则新证据将被提交委员会。一旦委员会认为下述标准均已满足，即重启调查。根据本条例的规定，新证据必须满足下列各项标准：

6.1 调查终结后证据才受到委员会关注。

6.2 如果证据在调查终结前提交给委员会，将不会受到适当的关注。

6.3 证据在发现后及时提交给委员会。

6.4 证据可能会产生一个与众不同的结果。

7. 程序的选择与转换

7.1 程序的选择

如果案件根据第4章中有关提出正当理由诉讼程序的规定进行审判，主席和主任须决定是否按照第4章和第5章的规定安排行动。

7.2 由提出正当理由诉讼案件向自行诉讼案件的转换

主席和主任可以将开始时的提出正当理由诉讼程序（见第4章）转换为自行诉讼程序（见第5章）。在这种转换案件中，如果案件发起依照时尚选择提出正当理由类型，则投诉人可能将被视为符合潮流。

7.3 转换为提出正当理由诉讼案件

当做出使用提出正当理由诉讼程序（见第4章）的判定时，主席和主任会将程序由开始的自行诉讼转换为提出正当理由的诉讼，如果判定是基于某些或全部原程序所基于的隐性行为。在这种案件中，提出正当理由诉讼程序将被视为是应时而发，只要原程序开始于某适用期限以内，或已决定变更期限（见第2章5.3.5款）。

7.4 由投诉人发动的面向自行诉讼程序的转换

主席和主任会将开始于会员或非会员诉讼提交的诉讼程序（也包括投诉撤销环节）转换为自行诉讼程序（见第5章2.2条）。这一转换将被视为应时而发，只要会员或非会员的投诉在适于原投诉的期限内受理，或已决定变更期限（见第2章5.3.5款）。

8. 通信与文件

8.1 通信的使用

委员会处理事务应尽可能地使用通信手段，包括传真信息。

8.2 个人回应

尽管被投诉人有权与律师协商关于伦理诉讼过程的各个阶段，然而被告必须对伦理委员会的指控和推荐裁决作出个人回应，而不是通过法律顾问或第三方。如果被告对自己未能作出个人回应给出充足理由，主任可以免除这一要求。

8.3 录音磁带、录像磁带及类似数据汇编物的抄录

个人或团体有责任向委员会提交录音磁带、录像磁带及类似数据汇编物，为所含信息提供精确的抄录。主任可以拒绝接受任何不符合规定抄录要求的录音磁带、录像磁带及类似数据汇编物，直到符合要求为止。

8.4 文件服务

为了通知的需要，服务以投递的形式送达被投诉人或其律师手中，或通过邮政系

统、通信公司按照最后为人所知的地址送达被投诉人或其律师手中。本规定中的投递是指亲手将信件递给被告或律师，或者如有接待人员、秘书、职员或其他人负责转交，可将信件留在被告的办公室或住所或律师的办公室，如果没有转交人，可将信件投入邮箱或该地址的显见之处。然而，假如经过很大的努力委员会仍然无法找到被告地址，将在被告最后为人所知的住所附近报纸上刊登通知，告知被告及时联络伦理办公室。

8.5 来自公众领域的资料

委员会可以查阅公众领域的权威性资源（如美国心理学会电话薄和心理健康服务提供者的全国注册簿），而不向被投诉人提供该信息。

9. 对伦理程序的不合作

会员被要求与伦理程序保持及时性的充分合作。不合作并不能阻止诉讼的进程，而它本身就是对伦理规范的违背，同时学会也有充足理由因此而开除不合作者。

10. 理事会常设听证小组

常设听证小组的成员由学会会长指派，任期三年。小组由至少30人组成，其中至少有5人是公众成员，其余皆为学会中声誉良好的会员，不允许含有伦理委员会的成员出席。

11. 有效的制裁

鉴于环境因素对会员罪行的加剧或缓和，再考虑到以往的制裁、指令或来自学会、州级、地方委员会及类似团体的教导性信件，一项制裁比照下文由基础因素所认可的程度，虽略有过度或不及，都可视为制裁适当。

11.1 斥责

斥责作为一种适当的制裁手段，是指出现某种道德违背行为，但是这种行为却不足以对他人造成伤害或对行业造成实质性伤害，其严重性不足以接受更严厉的制裁。

11.2 谴责

谴责作为一种适当的制裁手段，是指出现某种道德违背行为，这种行为可能对他人造成伤害，但是不足以对他人或行业造成实质性伤害，其严重性不足以接受更严厉的制裁。

11.3 开除

开除会员资格是一种适当的制裁手段，是指出现某种伦理违背行为，这种行为可能对他人或行业造成实质性伤害，或其严重性程度足以接受本制裁手段。

11.4 协议辞职

协议辞职是指由委员会提供给那些违背伦理规范，却没有为自己不被开除给出充

足理由的会员，其通过与否视宣誓书的执行情况和委员会的通过率而定（见第4章第12大条或第5章第7.6条）。

12. 有效的指令

12.1 停止和中止命令

本指令要求被投诉人停止或中止某(些)不道德行为。

12.2 其他矫正行为

委员会还要求其他必要的矫正行为，以弥补违背行为、维护学会利益或保护公众利益。这种指令不要求被告对学会或行为受害者做出货币赔偿。

12.3 监管要求

本指令要求被告接受监管。

12.4 教育、培训或辅导要求

本指令要求被告参与教育培训或辅导。

12.5 评价或治疗要求

本指令要求首先对被告进行评价然后决定其是否需要接受治疗，如果发现其存在功能障碍，则要采用适当方法加以治疗。

12.6 缓刑

本指令要求委员会对被告进行监督，以确保其按照指令适用期限遵守伦理委员会颁布的各项指令。

13. 要求委员会主席和伦理办公室主任意见一致的事件

按照《规则与程序》委托给主席和主任的事件要求两位官员达成一致后再采取行动。但是当出现意见不一致时，将委托副主席参加进来，与主席和主任一起投票，按照大多数原则做出最终决定。

第3章 会员资格

1. 申请

1.1 特殊权限

委员会有权调查所有学会会员或学生会员申请人准入前的学术和职业道德与行为，就某人能否成为会员或学生会员做出决定。除此之外，委员会还有权考察那些先前因不道德行为而被拒绝的申请人所提交的申请，并就其可否成为会员或学生会员做

出推荐。委员会须将那些准入前有不道德行为可能的申请,或先前因不道德行为或由伦理委员会推荐而被拒绝的申请人的申请,递交给伦理办公室主任。

1.2 审查程序

主任须向委员会递交申请复印件或与案件相关的其他资料。主任必须采取一系列步骤,包括联系申请人或其他信息来源,从而使决定的公正性成为必然和可能。在审查期间,委员会向会员身份委员会推荐可以批准的申请,向理事会推荐需要拒绝的申请。如果被推荐拒绝申请,申请人必须被告知做出该推荐的根据,并有30天时间向理事会递交书面回应。

2. 资格的重新申请

2.1 特殊权限

伦理委员会有权对那些因不道德行为失去会员资格,在接受伦理调查期间递交辞职,或基于虚假或欺诈信息获取到会员资格却因此被废止的个人,重新递交的资格申请进行审查和推荐。会员身份委员须将这些申请递交给伦理办公室主任。

2.2 审查间隔时间

因不道德行为失去会员资格(包括在资格申请中提交虚假或欺诈信息的情况)的会员须在5年后才能向委员会提出重新申请。曾获准辞职的会员只需经过一段协议期就可重新申请,但是如果不存在协议期限,则间隔期为3年。

2.3 审查程序

主任须向委员会递交重新申请的摘要和这些前会员的案件记录。在任何情况下,前会员必须展示自己在技术和伦理上的双重合格,并且已经满足理事会关于重新申请的一切条件。委员会须从下述推荐中选择其一向会员身份委员会所做推荐,并提出适当的原则。

2.3.1 重新接纳

推荐重新接纳前会员。

2.3.2 拒绝重新申请

推荐拒绝重新申请。

2.3.3 延期重新申请

推荐延期重新申请,直到某些条件得以满足。

2.3.4 进一步调查

委任主任对委员会指出的问题进行调查,并在不久以后再次递交委员会讨论。

3. 对于借由虚假或欺诈获取会员资格的指控

3.1 特殊权限

委员会有权对基于虚假或欺诈信息获取会员资格的指控进行调查,并采取相应行动。会员身份委员会须将此类指控递交给伦理办公室主任。

3.2 审查程序

被投诉人将会被通知关于基于虚假或欺诈信息获取会员资格的指控，并有机会做出书面答复。主任还应采取其他一些步骤，如联系其他信息源，以保证案件决议的公正性。主任须向委员会递交会员申请复印件及案件的其他相关资料。

3.3 委员会推荐

审查结束后，委员会须向理事会推荐，凡有基于虚假或欺诈信息获取会员资格的个人，撤销其学会会员资格的选举权。

3.4 委员会推荐撤销会员资格之后的程序

如果不接受委员会推荐，被投诉人可以在推荐回执的30天内，向理事会递交书面回应，或书面申请举行正式听证会，或书面申请进行独立审判，并书面说明不接受的基本理由。凡在通告后30天内不做应答的被告，将被视为接受委员会的推荐，并被免除举行正式听证会或独立审判的权利。如果书面回应被提交，伦理委员会需在30天内向理事会提交书面答复。如果正式听证会被申请举行，那么它将按照第5章10.2条至10.3.4款规定的程序进行安排。如果独立审判被申请进行，那么它将按照第5章9.2.2款至9.2.7款和10.3条至10.3.4款规定的程序进行安排。

3.5 理事会的工作

在收到记录、委员会推荐、任何书面回应和陈述（见3.4条）、任何来自听证委员会或独立审判小组的推荐180天后，理事会须投票决定是否撤销被告的会员资格。

第4章 基于其他公共审判机构裁决的提出正当理由投诉案件的审判程序

1. 关于提出正当理由投诉案件审判程序的使用术语

1.1 重罪或同等犯罪

如果某个成员因为一项重罪（包括任何由国家或省级法律规定的重罪和其他可能超过一年期限的禁闭）而被判定有罪，而且这种定罪不能上诉，那么由主席和理事决定的适当的提出正当理由投诉案件的审判程序可以使用。

1.2 驱逐，停职，未被许可，否定代表资格或其他行为

如果采取了以下行为之一并且不能上诉的，由主席和理事决定适当的提出正当理由投诉案件的审判程序可以使用。这些行为包括：(a)成员被一个国立的或地方的心理学会驱逐或是停职；(b)成员的执照、证明或登记被拒绝的，或是无执照、无证明或取消等级的，已经有执照、证明或登记而被国家或当地的理事会或类似的单位取消或挂起，或者因为悬而未决的指控而自动放弃执照、证明或等级的。如果国家或当地的理

事会或类似的单位采取了上面指定的行为之一，并且以任何方式搁置或延期这种行为的，那么提出正当理由投诉案件的审判程序可以使用。

2. 被告自动离职和应对的通知

2.1　被告应该被告知禁止他(她)辞去协会中的成员资格，并且会在收到开除通知后被开除60天，除非被告行使自己请求审查的权利，即在60天内以书面形式递交审查的请求和他(她)为何不应该被开除协会成员资格的证明。如果在60天内没有接到任何反应，那么这种权利就被看作是自动放弃，那么理事就会通知成员办事处被告已经被开除，立即生效。

2.2　被告也可以选择接受在5.4.2节第二部分("伦理调查后辞职")提到的辞去成员资格的机会。

3. 被告证明预先的程序缺乏法定的诉讼程序

除了这部分的第二节中提到的对费用实质的反应外，被告也可以在60天内找到证据证明公认的法院没有遵循公平的诉讼程序。如果委员会发现了这类争议的真相，就可能在第二部分7.2单元中提到的这些规章下行使其裁量权，并且把这类事件转变为第五部分提到的自行裁决行为，或者驳回原告。

4. 调查

委员会可能会进行更深一层的调查，包括向被告或其他人搜集更多的信息，或者要求被告以个人的名义出面。任何不是从被告那里直接获取，而且与委员会的审查和推介相关的作为依据的证据，应该首先提供给被告，被告在50天以内对此作出书面的应答。

5. 返还宣誓书失败

如果被告在伦理调查下选择辞职而且返还宣誓书失败，那么被告会被认为是放弃在伦理调查下辞职的权利。

6. 委员会在审查请求下作出审查和推荐

依据收到的被告请求审查的要求和提供的声明，以及任何必要的、经过进一步调查得出的结论，案件会被伦理委员会审查。伦理委员会和伦理委员会联合成员可能被任命调查和总结这一案件。他们也可能被任命一起组成一个专家组来审查这一案件，并且由整个伦理委员会作出最初推荐的预先审查。伦理委员联合会也可以出席和参加整个委员会会议，但是不能对整个委员会对案例的处置进行投票。当对案例的审查工作完成后，委员会的投票采用以下行为之一：

6.1　关押

6.2　驳回起诉

6.3　向理事会推荐以下行为之一

6.3.1　申诉或谴责，在收到指令或无指令下

委员会可以推荐被告被申诉或谴责，在一个或更多的指令下或无指令下。

6.3.2 开除

委员会可以推荐被告被协会开除或在12.2单元中提到的程序下的规定辞职的制裁。

7. 对被告进行通告

理事应该将委员会的推荐告知被告，而且为被告提供向理事会递交书面反应的机会。

8. 被告对于推荐作出的反应

在接到委员会推荐通知15天以内，被告可以向理事会递交一个书面反应。这一书面反应应该邮寄到伦理规范办公室。

9. 委员会的声明

自收到被告书面反应或此类反应作出起，伦理规范委员会有15天的时间作出书面声明。复制文件将会提供给被告。

10. 被告的最终反应

在接到伦理规范委员会的声明15天内，被告向理事会递交一份对声明的书面反应。

11. 理事会作出审查

在接到记录、委员会推荐、被告的书面反应、委员会的书面声明和被告的最终反应后的180天内，理事会投票决定是否接受委员会的推荐制裁，发布另一种不同的制裁或是驳回申诉。理事会可以选择一个委员会推荐的制裁，或者也可以将案件返还伦理规范委员会做进一步考虑。

12. 在审查和推荐制裁后规定辞职

通过被告同意来代替前面第六部分提到的推荐制裁，委员会可以推荐允许被告依据以下程序在委员会声明的规定下从协会辞职：

12.1 提供委员会有关辞职的规定

当委员会发现另一个人采取了第一部分第四节提到的反对某一成员的行为时，委员会可以视批准而定，在相互同意规定下为被告提供从协会辞职的机会。这种规定的辞职应该包括规定辞职的范围，及其基础和在辞职后辞职人员无权申请成员资格的最短时间。委员会也可以按照自己的意愿为理事会提供表决的推荐制裁，并且如果被告不接受提供的规定辞职，委员会可以向被告提供可选择的制裁，即在第二部分11.2—11.3单元中提到过的。

12.2 对被告的通告

在这些情况下，被告应该以书面的形式被通告，即委员会提供的规定辞职和他(她)

可以在收到30天内接受委员会提供的规定辞职。被告也应该被告知其他可供选择的推荐制裁。

12.3 被告接受规定辞职

在30天内,被告可以接受提供的规定辞职,通过签署一个有关被告和委员会都同意的接受辞职的公认的宣誓书,并且将此宣誓书转交给委员会。这种辞职只有在得到理事会的批准后才能生效,正如这部分前面提到的。

12.4 转交理事会

如果被告接受了规定辞职,委员会应该向理事会递交一份有关辞职宣誓书的复件,包括对事件的记录和前面提到的有关推荐规定辞职的制裁。

12.5 理事会决策

在180天内,理事会会采取以下决策中的一种:

12.5.1 接受规定辞职

理事会会接受被告在辞职宣誓书上声明的辞职,除非被说服作出如此决定会有损协会或公众的利益。如果理事会同意辞职,那么理事要告知被告。

12.5.2 申诉或谴责

理事会可以拒绝规定辞职并且强制执行较轻的制裁(在指令或无指令下的申诉或谴责)。如果理事会做出了这样的选择,应该通知被告,并且被告有30天的时间递交书面材料,要求理事会重新考虑。如果有关重新考虑的请求没有递交,那么理事会的决定将是最终决定。如果递交了请求,理事会会从12.5节提到的权利中做出选择(包括依附预先的决定)。

12.5.3 送还委员会

理事会可以选择拒绝辞职宣誓书,并且将案件送还委员会以求更深层考虑。如果委员会作出这样的选择,理事会应该告知被告,而且委员会会重新考虑案件。

12.6 被告拒绝规定辞职

如果被告在30天内接受推荐的决议没有实现,或者正式地拒绝了委员会提供的规定辞职,那么提供的规定辞职会被认定为被拒绝。委员会会重新考虑案件或者如果原先被委员会判定的推荐制裁的选择会自动地成为推荐的制裁。理事会会将推荐的制裁通知被告,并且告知他(她)有对理事会作出书面反应的机会,正如第八部分提到的。

八至十一部分也提供了此类信息。

第5章 关于违背伦理规范的投诉

1. 行动的发起

针对某会员的伦理诉讼程序的发起是以投诉的提出为标志的,不过自行投诉案发起的标志却是一封发给被告宣布自行投诉已经开始的通知信。

2. 投诉

2.1 由会员或非会员提交的投诉

投诉可由学会的会员或非会员提交。

2.2 自行诉讼案

当会员违背学会伦理规范时，委员会将主动采取措施。委员会可以在任何时间判定终止自行诉讼程序。果真如此，委员会须告知被投诉人。

2.3 自行诉讼案基于会员发起的变化无常或充满恶意的投诉

为防止伦理诉讼程序的滥用，委员会被授权可以自行控告投诉人，如果投诉被三分之二的委员会成员投票判决为：(a) 毫无价值的；(b) 意图侵害被投诉人而非保护大众利益。这种投诉的发起本身即违背了伦理规范。

2.4 反投诉

在原投诉的调查和解决过程中，委员会不受理被投诉成员对投诉成员的投诉。相反，委员会必须研究导致原诉讼的各方面因素，只有在原诉讼最终解决后才会考虑反投诉。如果经由委员会成员投票的三分之二以上通过，委员会可以豁免这一程序，同时审理两个投诉。

2.5 匿名投诉

委员会不受理匿名投诉。如果来自公众领域资料的提供方式是匿名，那么委员会可以选择将资料与自行投诉案件或其他类型案件联系起来，也可以发起自行投诉，但是前提是要向被投诉人提供资料复印件，并给予应答机会。

2.6 对非会员的投诉

如果投诉涉及的个人不属于委员会的审判范围，主任须通知投诉人并建议其联系其他有审判权的机构或团体。

2.7 连续投诉

如果投诉的对象会员以前也曾因相似行为涉案，前一案件的资料可以视为与新案相关的证据，除非伦理委员会或理事会获悉前案件的审判结果。

2.8 同时投诉

当多个投诉同时提交并指向同一个会员时，委员会可以选择将所有案件联合审理或各自独立审理。在联合审理案件中，委员会须采取合理步骤，以确保任何投诉人、证人或被告的保密权不因案件的联合审理而受损。

3. 发起投诉的程序

由会员或非会员发起的投诉须包含：

3.1 一份完整的美国心理学会伦理投诉表格。

3.2 由委员会准予发表的资料。

3.3 投诉人可以豁免美国心理学或其代表为了私人民事诉讼对案件相关文件或信息的传唤。

3.4 为了确定时间期限，一旦伦理办公室收到完整的投诉表格，投诉即被学会考虑存档。投诉表格准备过程中的任何不足和疏漏，在主任看来，都是对遵从时间限制的忽视。

4. 主任对投诉的初步评价

主任须对任何投诉都进行审查，以决定是否符合审判标准，认定伦理行动的理由是否存在。

4.1 缺乏审判权

如果审判标准无法满足，案件将被终结，并告知投诉人。

4.2 决定审判的信息匮乏

4.2.1 关于补充投诉的请求

如果决定审判标准是否满足的信息匮乏，主任须通知投诉人，在收到请求回执30天内补足投诉信息。

4.2.2 投诉补充失败的后果

如果在请求回执发放30天内，没有收到任何来自投诉人的回复，则案件即被终结。如果期限稍过，投诉人有充足理由延迟日期，并指明审判标准都能满足，投诉补充将被重新考虑。

4.3 变更适用期限的程序

4.3.1 主席和主任的考虑

如果某投诉属于伦理委员会的审判范围，却没有在适用期限内提交，主席和主任将决定第2章5.3.5款中的标准是否得到满足。如果他们一致认为标准未得到满足，案件即被终结，除非有其他指控适时提出。这种情况下，适时的指控程序请参阅下文中的第5大条。如果他们一致认为标准得到满足，主任将按照4.3.2款规定的程序通知被告。如果他们就标准是否满足未能达成一致，副主席将审查案件并开启决议投票。

4.3.2 标准满足时被投诉人的反应

如果已作出决定（见4.3.1款）认为标准（见第2章5.3.5款）均已满足，主任须通知被投诉人，并向其提供投诉复印件和主任自己认为合适的其他资料。

4.3.2.1 被告必须在收到资料30天内决定标准（第2章5.3.5款）是否已满足。

4.3.2.2 被告可以选择接受辞去会员资格的机会（见第2章5.4.2款“接受伦理调查期间的辞职”）。

4.3.3 主席和主任的决定

如果被告没有做出回复(见4.3.2款),此时所作的任何决定(见4.3.1款)都属终结。在被告作出答复的案件中,主席和主任将根据投诉人和被告提供的所有资料以及其他主席和主任可以获悉的信息,考虑标准(见第2章5.3.5款)是否满足。如果他们一致认为标准未被满足,则案件即被终结,除非有其他指控及时提出。这种情况下,适时的指控程序请参阅下文中的第5大条。如果他们一致认为标准得到满足,后续程序请参见下文第5大条。如果他们就标准是否满足未能达成一致,副主席将审查案件并开启决议投票。

5. 主席和理事对投诉的鉴定

在这一部分的第4章中,理事会没有结束的投诉将由主席和理事会再次审查,来判定伦理学委员会诉讼是否成立。

5.1 界定诉讼

当被告被指控的行为或疏忽,在决策者的判决中被证实构成违背伦理规范时,诉讼将成立。为了确认诉讼是否成立,那些不可信的、猜测的、内在不一致的指控可以被忽略。

5.2 控告不足以判定诉讼

5.2.1 要求追加投诉

如果控告不足以决定这个案件是否该被接受,理事会可以告知原告从接到要求到追加投诉有30天的时间。主席和理事会可以另外或者有选择性地在这部分的5.3分款中开始初步的调查。

5.2.2 追加投诉失败的后果

如果30天内原告没有任何回应,事情就可以结束。如果之后原告给出好的推迟理由并对追诉要求给以回应,那追诉将被考略。

5.3 控告资料不足而引起的初步调查

如果主席和理事会同意,他们缺乏足够的证据来判定原告提出的案件或诉讼是否该被接受,那就该进行初步调查。

5.3.1 对被告的通告

如果初步调查被接受,理事会将以书面形式通知被告。理事会应附上档案中的所有证据;美国心理协会道德法规;委员会的惯例和程序;一份声明,表明被告递交的控告将成为记录的一部分,并能够用于进一步的诉讼中。

5.3.2 被告回应的时间限定

被告人在接到初步调查的通告后,有30天的时间来提交一个最初回应。

被告人可以选择接受在第二部分的5.4.2分款中提供的辞去会员资格的机会("在道德调查中辞职")。

5.3.3 其他证据提供者的控告

原告、被告或者其他适当的证据提供者都可以要求追加控告。委员会将不会答复这些证据提供者提交的控告,除非被告已经知道此控告并已经被给予机会对此作出回应。

5.3.4 诉讼控告仍不充分

在初步调查的结论中，如果理事会和主席觉得他们仍然缺乏足够证据来使诉讼成立，事情就将告一段落。

5.4 诉讼裁定

如果主席和理事会赞成诉讼成立，他们将会考虑是否建立一个正式案件，如下面的5.5分款。如果主席和理事会赞成诉讼不成立，事件将会结束。如果主席和理事会不赞成是否有委员会诉讼，副主席将重申事项并作出决定。

5.5 建立一个案件的决定书

在任何案件中一旦作出诉讼成立的决定，主席和理事会都应考虑：(a)是否有合理的根据来相信被指控的违例不能被优势证据证明；(b)指控只构成较轻的或者技术性的违法，并不构成进一步诉讼，已经在另外的谈论会上进行充分讨论，或者可能被纠正。如果他们赞成提到的一个或多个条件，事情就会结束。否则，事情应被建立为一个案件。

5.6 教育信函

如果事情在这一部分的4或5款中结束，适宜的话，主席和理事会可以给被告发一封教育信函。

5.7 开始案件决定的重新考虑

在上面5.4或5.5分款中没有被撤回的一个事项，只有在与第二部分第6章一致的情况下才会被委员会重新考虑。

5.8 辅助或其他诉讼

主席与理事会可以建议原告将投诉提交给一个合适的州心理学会、州委员会、调解机构、协会的附属主体或者其他合适的实体，或者他们可以根据自己的决断来做出相应的提交。这样的提交不构成对放弃提供的投诉的裁决权，委员会应自提交之日起的24个月内建立一个正式案件。

6. 案件调查

6.1 控告信的发放和被告的回应

6.1.1 控告信

如果一个案件被建立，理事会应该以控告信的方式通知被告。控告信应包括在争论中的被指控行为的简要描述，并确定被告人被指控的违反伦理学法规的具体章节。理事会应附寄一份完成的伦理学控告表格和截至当时原告递交的或代表原告的材料，这些材料将在委员会之前保存于记录；一份美国心理学会伦理学法规与委员会规章和程序；一份陈述，表明被告提交的控告将成为记录的一部分并能用于进一步诉讼确定。

6.1.2 控告信的意义

一封控告信不能构成或代表确定违规行为已经发生,也不能代表原告的指控是真实的。

6.1.3 与在调查过程中发现的证据一致的新的控告信的发放

无论何时,在委员会作出最终判决前,为使指控与在调查中发展的证据相符,理事会和主席可以决定发放新的指控信,确定前面的伦理学标准及/或者描述不同于或附加于第一封指控信的指控行为。在一自行诉讼案件中,为了限定合适的时间,发放的日期应根据告知被告自行诉讼开始的第一封信的日期而定。新的控告信在其他方面,根据这一部分的6.1.1分款,应与第一封控告信一样。

6.1.4 被告回应的时间

被告人在收到控告信后有30天的时间给出最初回应。任何延长回应指控信时间的请求都必须在30天以内以书面形式提交,并给出充足的理由。

被告人可以选择接受辞去会员资格的机会,在第二部分5.4.2章节中已提到("在伦理学调查中辞职")。

6.1.5 亲自出庭

主席和理事会可以要求被告在委员会之前亲自出庭。被告没有这种出庭的权利。

6.2 其他证据提供者的控告

原告、被告或其他任何适当的证据提供者可以要求追加诉讼。

6.3 移交委员会

在主席和理事会的专有判决中,当调查完成后,案件将移交给委员会作复审和裁决。理事会应通知原告和被告案件已经移交给委员会。

6.4 调查后和委员会判决前的证据

接到案件移交给伦理学委员会复审和裁决通知后的30天内,原告和被告可以提交任何附加控告或证据。原告或原告代表或被告代表及时提交的任何材料都将转交给被告。自收到那些材料的15天内,被告可以提交任何附加控告或证据。在这段时间限定内提交的一切资料,将装入档案给伦理委员会复审。在此时间限定外提交的资料,将不看作与此案件相关的档案资料,并不会交予伦理委员会复审。

在理事会专有裁决中,原告或被告如果在这段时间限定内没有为不服从出示好的理由,这个案件的裁决就会被推迟,直到伦理委员会的下次日程会议,而且在其后的时间里委员会要复审包括在时间限定以外提供的控告或证据在内的档案资料。在理事会专有裁决中,如果被告没有遵守这些时间限制,在时间限定以外提供的控告或证据将被存于档案资料以待委员会复审,案件保持委员会的最初判决。

7. 委员会的复审和判决

伦理委员会可以指派委员会或伦理委员会的一名成员作为一个案件的监督员。这名监督员可以帮助确保准备一份充实的记录给伦理委员会复审,在其他方面如需要,还可以促进这些规章和程序的实施。

基于调查的结论,伦理委员会将对案件进行复审。可以指派伦理委员会和伦理委员会的成员复审和总结案件。也可以在最高伦理委员会复审之前,指派成员和学会成立专门小组复审和作出初步建议。伦理委员会也可以出席并参与最高伦理委员会会议,但是对最高委员会对案件的的处置无投票权。当复审结束时,伦理委员会将投票表决以下决定中的一项:发还复审、驳回控告、建议训诫或谴责、建议开除或者建议协议辞职。除此之外,委员会可以投票表决是否发放一封教育信函。除了发现违例和基于控告信里其他指控而提起诉讼外,委员会可以选择驳回一些控告。然后,委员会的诉讼,相关伦理规范,委员会决定、惩罚和指令的理论依据,都将通知被告。

7.1 发还复审

委员会可以将事件发还理事会继续调查或根据本部分6.1.3款发放新的控告信。

7.2 驳回控告

7.2.1 无违例

如果发现被告没有违反伦理规范,委员会可以驳回控告。

7.2.2 违例不构成进一步诉讼

如果投诉的违例中发现:(a)只构成轻度违例或者不构成进一步诉讼的严格意义上的违例;(b)已经在其他会议上反复讨论过的;(c)可能被纠正的;委员会可以驳回投诉。

7.2.3 证据不足

如果证据不足以支持违例判决,委员会可以驳回控告。

7.3 教育信函

在认为合适的情况下,委员会可以只给相关被告发放一封教育信函。无论委员会是否驳回控告或建议发现违例,都可以发放一封教育信函。

7.4 建议训诫或谴责

如果委员会发现被告已经触犯伦理条例,但被告的行为类型无需取消会员资格就能解决,委员会将依据一条或多条指令,建议给被告训诫或谴责。详见第二部分,11.1、11.2分款和第12章。

7.5 建议开除

如果被告的违例可能对其他人或教授造成严重危害,或者严重程度足以构成诉讼,委员会可以建议开除。

7.6 建议协议辞职

除去这一部分陈述的其他解决方案,如果被告同意,委员会可以向理事会建议,允许被告在委员会陈述条款下辞职,程序如下:

7.6.1 委员会提出协议辞职

当委员会发现被告已经承认违反伦理条例时,委员会可以与被告达成协议(视理

事会同意而定)，在彼此同意相关条款的情况下被告可以从协会辞职。这些条款应包括协议辞职和违例曝光的程度，及被告在辞职后不能重新申请会员资格的最短时间期限。如果成员不接受协议辞职，委员会可以投票建议并通知成员从第二部分的11.1至11.3分款中选择惩罚。

7.6.2 通知被告

在这种情况下，委员会协议辞职的建议惩罚将以书面形式通知被告，他或她可以在接到通知后的30天内接受委员会的建议惩罚。任何其他可供选择的建议惩罚也将通知被告。

7.6.3 被告接受

30天以内，被告可以通过执行公证过的宣誓书来接受协议辞职的建议惩罚。这份宣誓书被告与委员会双方都接受，并应递交委员会。如这部分7.6.5分款陈述，此辞职只有获得理事会批准方可生效。

7.6.4 移交理事会

如果被告接受协议辞职的建议惩罚，委员会将向理事会提交一份辞职的宣誓书，附有相关记录和在宣誓书上陈述的协议条件的理论依据。

7.6.5 理事会裁决

180天以内，理事会将在辞职宣誓书陈述的条件下接受被告的辞职，除非这样做不符合协会或公众的利益。如果理事会接受了辞呈，理事会将把案件的最后裁决通知原告和被告。

7.6.6 被告拒绝协议辞职

如果被告在30天内没有收到此裁决，或正式告知委员会拒绝接受协议辞职，协议辞职的提议将被认为是拒绝。委员会将重新考虑，或者如果委员会预先确定了另一项建议惩罚，根据此部分7.4或7.5分款，这项建议方案将自动成为建议惩罚。

7.6.7 理事会拒绝协议辞职

如果理事会在此部分的7.6.5分款中拒绝辞职宣誓书，委员会应通知被告并重新考虑。

8. 委员会驳回诉讼的后继程序

只有在与第二部分第6章相符合的情况下，委员会可以考虑在此部分7.2分款中被驳回的案件。

9. 委员会建议训诫或谴责后的程序

如果委员会在此部分7.4分款中继续进行，以下是主要程序：

9.1 接受训诫或谴责

如果被告接受委员会的建议惩罚和指令，意味着被告放弃独立裁决的权利，理事会将执行指令，案件将持续直到指令被接受。被告30天内没有做出回应，将被视为接受委员会的建议惩罚和指令。

9.2 训诫或谴责的建议惩罚后的独立裁决

对训诫或谴责的建议惩罚的裁决方法是独立裁决，它以三人组成的独立裁决小组

的书面记录为根据。

9.2.1 独立裁决的要求和拒绝的理论依据

在委员会建议通告的30天内，被告可以履行其要求独立裁决的权利。被告向委员会提交一份要求独立裁决的书面请求和拒绝建议的理论阐述。

9.2.2 委员会陈述

接到被告拒绝理论阐述的30天内，委员会可以准备一份陈述并提供一份给被告。委员会的陈述不是必需的。

9.2.3 被告的最后回应

在接到伦理委员会陈述的15天内，被告可以向理事会提交一份书面回应。

9.2.4 独立裁决小组的选择

9.2.4.1 常设听证小组名单的规定。在接到独立裁决请求60天内，理事会应提供被告理事会听证小组成员的姓名与个人简历，其中至少有一名社会成员。被提议的小组成员不需要包含有特长或代表一特殊地理位置的任何成员。

9.2.4.2 小组成员的指派。在接到六个成员名单的15天内，被告选出其中的三位组成独立裁决小组。小组应包含不少于两名协会成员。在任何切实可行的情况下，都要尊重被告的选择。在裁决有结论前的任何时间，任何小组成员不能以任何理由在独立裁决小组任职。被告会迅速接到通知，并在接到通知的10天内被提供机会，从不少于四名理事会常设听证小组成员的名单中替换个体。如果被告没有及时通知理事会中他或她的最初或替换人员选择，此权利被视为放弃，协会会长将选出成员并将他们的姓名告知被告。

9.2.4.3 独立裁决小组主席的指派。会长应指派三个小组成员中的一员担任主席一职。小组主席应确保小组依据规章和程序充分行使它的责任。

9.2.5 独立裁决小组诉讼文件的规定

独立裁决小组选择的15天内，委员会根据此部分9.2.2分款所做的陈述的接受，根据此部分9.2.3分款被告人最后反应的接受，如果没有陈述或回应，对此陈述或回应的时间的限定，理事会将给独立裁决小组成员提供诉讼文件。诉讼文件应包括提交给伦理委员会的投诉和所有信件及证据，被告拒绝委员会建议的理论阐述，如果有的话，还包括委员会的陈述和被告的最后回应。

9.2.6 独立裁决小组的意见与投票

接到诉讼文件的60天内，小组成员应彼此交换意见并在提供的证据和相互间讨论的基础上，独立投票给以下诉讼中的一项：

9.2.6.1 采用委员会建议的惩罚和指令。

9.2.6.2 采用更轻的惩罚和/或稍严重的指令。

9.2.6.3 撤诉。

9.2.7 独立裁决小组的裁决

独立裁决小组的裁决将由大多数人的投票决定，而且至少要有两名复审人员同意的书面意见，一项惩罚和一个或多个指令，如果有的话。委员会将重任移向用大量证据证明指控。小组成员的投票和大多数人的书面决定，必须在此部分9.2.6分款中陈述的60天内提交给伦理办公室。如果没有两名小组成员能同意一个合适的结果或一个书面决定，案件将被转交给委员会进一步诉讼。

9.2.8 独立裁决小组的最终判决

独立裁决小组的判决是不可上诉的。判决约束委员会和被告反对小组判决，委员会可以决定指令是不可行的或过度繁重，且可以选择减轻或取消在小组判决中的指令。除非被委员会修改，理事会会把小组增加惩罚、指令或不受理此案的判决作为最终判决来执行。

9.2.9 通告

理事会将通知原告和被告最终裁决。被告应被提供一份大多数人的书面决定。

10. 委员会开除建议的后继程序

如果委员会在此部分 7.5 分款中继续，程序如下：

10.1 开除建议的接受

如果被告接受委员会给理事会的取消她或他会员资格的建议，正式听证的权利应被放弃，而且委员会应按照此部分的 10.3.5 分款和其他分款将建议提交给理事会。在这种情况下，伦理委员会的建议将被看作是一次正式听证会的建议的等价物，即都建议取消会员资格。被告在通告后的 30 天内没有给出回应，则被视为接受委员会的建议。

10.2 开除建议后的正式听证

根据此部分 7.5 分款，对发放一项开除的建议惩罚的判决的方法是在一个三人听证会议之前的正式听证。按照要求，被告将收到一份美国心理学会有关伦理的官方“正式听证指南”。这些指南目的在于指引和提供信息，并不约束美国心理学会、伦理委员会或听证参与人员。程序受《伦理委员会规章和程序》和《心理学家伦理规范和行为准则》的控制。另外，根据此部分 9.2.2 至 9.2.7 分款描述的程序，被告可以要求被提供独立裁决，这些规章对应地也出现于 10.2.2 至 10.2.6 分款。如 10.3 分款描述的，独立裁决小组将作出服从理事会复审的建议。

10.2.1 正式听证的要求

在委员会建议通告的 30 天内，被告可以通过书面请求听证的方式来履行享有正式听证的权利。另外，在委员会建议通告后的 30 天内，被告可以提交委员会独立裁决书面申请和拒绝委员会建议的书面理论阐述的方式来要求独立判决。

10.2.2 正式听证日期和听证委员会

10.2.2.1 听证日期的确定和常设听证小组名单的规定。在接到被告要求听证请求后的 60 天内，理事会应确定听证日期并提供日期及理事会常设听证小组六名成员的姓名和简历的回复。被确认身份的理事会常设听证小组的六名成员应包括至少一名社会人员。被提议的小组成员不需要包括有特长的或代表一特殊领域位置的任何成员。理事会应作调查并确保，被提议的小组成员没有触犯相关法律，并能够独立依靠特别案件记录，公平行使伦理学条例。

10.2.2.2 听证委员会成员的指派。根据此部分 10.2.2.1 分款，听证委员会应包含从理事会常设听证小组六人中选出的三人。听证委员会应包含不少于协会的两名成员。接到姓名和简历后的 15 天内，被告应通知理事会他或她的听证委员会的选择。

无论何时，都要尊重被告的选择。在裁决结论前的任何时间，任何小组成员不能以任何理由在听证委员会任职。被告会迅速接到通知，并在接到通知的10天内被提供机会，从不少于四名理事会常设听证小组成员的名单中替换个体。如果被告没有及时通知理事会他或她的最初或替换人员选择，此权利被视为放弃，协会会长将选出成员并将他们的姓名告知被告。

10.2.2.3 被指派的听证委员会成员的宣誓。被告选择三名被指派的听证委员会成员时，可以给理事会提交一份书面申请，就被指派成员的相关潜在利益冲突提出质疑。如果会长已经选出三名听证委员会成员，被告应在收到他们姓名的通知后的15天内提交此申请。在收到这样的书面申请时，理事会应通过电话会议，为被告或被告律师提供一个正式质疑的机会。协会的法律顾问应主持一个宣誓，此宣誓应是对被提交的质疑的适当中肯的独立判决，及对即将服务的被指派的听证委员会成员的适合度的独立裁决。被告若没有及时提交申请，则构成对组织宣誓的权利的放弃。

10.2.2.4 听证委员会主席的指派。会长应指派三名听证委员会成员中的一名作为主席。听证委员会的主席和协会的法律顾问应确保这些规章和程序在正式听证上的正确实施。

10.2.3 证据和证人

10.2.3.1 委员会。正式听证会日期前的至少30天，伦理学委员会应向被告和听证委员会提供委员会在案件中可能提及的所有证据和主要证人的姓名。

10.2.3.2 被告。正式听证会日期前的至少15天，被告应向伦理学委员会和听证委员会提供被告在案件中可能提及的所有证据和主要证人的姓名。

10.2.3.3 反证证据和证人。正式听证会日期前的至少15天，委员会应向被告和听证委员会提供在反证中可能提及的所有证据和所有证人的姓名。

10.2.3.4 录音带、录像带及相似数据编辑。录音带、录像带及相似数据编辑在正式听证会上是允许的，按照这章的规定，这些条款被应用部分的复印件和它的手写稿要一并及时提供。

10.2.3.5 在正式听证会前没有及时提供证据和证人姓名。在正式听证会前没有及时提供证据和证人姓名，依据这章条款及这些规章和程序，在正式听证会的证据中将剔除这些证据和证人，除非出示疏忽和偏向另外一方的好理由。

10.2.4 正式听证程序

10.2.4.1 主持官员

10.2.4.1.1 听证委员会的主席应出席听证会。协会的总法律顾问应指派法律顾问协助听证委员会。

10.2.4.1.2 听证委员会的法律顾问应出席解答程序和证据确认的相关事宜，他在正式听证会上既不代表伦理学委员会也不代表被告。

10.2.4.2 被告和委员会的法人代表

10.2.4.2.1 被告。被告可以自费选择一位得到许可的律师来做法人代表。

10.2.4.2.2 委员会。协会的总法律顾问可以指派法律顾问协助伦理学委员会。伦理学委员会主席、主席的委派者或委员会的法律顾问都可以代理此案。

10.2.4.3 证据的规定。正式的证据规定没有出示。所有被听证委员会法律顾问认定的，与听证委员会相关的可靠的证据，都是许可的。

10.2.4.4　被告和委员会的权利。与《规章和程序》相一致，被告和委员会有权利出示证人、证据，有权利交互询问证人，有权利反对证据的指控。

10.2.4.5　证明的重任。伦理学委员会应将重心转移到依靠多数证据来证明指控。

10.2.5　听证委员会的判决

判决由大多数人投票决定。听证会给出结论的30天内，听证委员会应将判决和判决依据以书面形式提交给理事会。听证委员会可以决定：

10.2.5.1　采取委员会给理事会的建议。

10.2.5.2　建议理事会减轻惩罚。

10.2.5.3　撤诉。

10.2.6 通知被告和伦理委员会

接到听证会判决的15天内，应向被告和伦理学委员会提供判决和判决依据。即使听证委员会决定撤诉，伦理学委员会也将作为最终判决予以执行。

10.3　理事会之前的程序

10.3.1　向理事会提名

如果听证委员会和独立裁决委员会建议被告应被开除会员资格否则会被惩罚，事情将被转交给理事会。理事会提供记录的材料，包括听证委员会或独立裁决委员会的判决；依据此部分10.3.2分款，被告人的及时回应；依据此部分10.3.3分款，伦理学委员会的及时陈述；依据此部分10.3.4分款，被告的及时最后回应；及记录。

10.3.2　被告的回应

接到听证委员会或独立裁决委员会判决的30天内，被告可以通过伦理学办公室与理事会进行书面回应。伦理学委员会主席应保留被告的书面回应。

10.3.3　伦理委员会的陈述

接到被告回应或回应上标注日期的15天内，伦理学委员会可以准备一份书面陈述并给被告提供一份。

10.3.4　被告的最后回应

接到伦理学委员会陈述的15天内，被告通过理事会与委员会填署书面回应。伦理学委员会主席应保留这份回应。

10.3.5　理事局裁决

接到听证委员会或独立裁决委员会(或伦理学委员会)建议的180天内，伴随任何及时的另外的回应和记录，理事局将考虑这些材料并作出判决：

10.3.5.1　采用。如10.3.5.2分款陈述，理事局应采用建议，除非大多数人投票得出不接受的理由。

10.3.5.2　决定不接受理由后的不采用。只有在下述情况下，才构成不接受理事会建议的理由：

10.3.5.2.1　伦理条例的错误应用。协会的伦理条例被错误的引用。

10.3.5.2.2　事实的错误的调查结果。事实的调查结果明显错误。

10.3.5.2.3　程序错误。程序应用上严重或轻度违反协会附则和/或《规章和程序》。

10.3.5.2.4 过分惩罚或指令。所有状况均被考虑在内的情况下，建议训诫的惩罚或指令非常过分。

10.3.5.3 不接受的后果。如果理事会发现拒绝的理由，理事会应将案件转交回伦理学委员会。按照理事会的意愿，伦理学委员会在组建听证委员会或独立裁决小组前会重新考虑事情，或继续调查并/或在委员会水平上判决此事。

10.4 通告

如果理事会没有采用建议，理事会将根据此部分 10.3.5.2 分款，引用合理的拒绝的理由，以书面形式通知伦理学委员会判决没被采用的原因。

10.5 再议

如果设立再议，这部分中的相关分款的程序将被应用。除非被告提供任何以下内容，否则没有什么在第二次听证委员会或独立裁决小组前成为记录的一部分：最初听证委员会或独立裁决小组的报告；依据此部分 10.3.3 分款和 10.3.4 分款，被告作出的书面回应或委员会给予的书面陈述；及理事会拒绝最初听证委员会或独立裁决小组建议的理论阐述。如果被告提供前述证据中任何部分作为再议的证据，委员会可以采用任何部分或采用全部。

评论：

最近的一套程序替代了 1996 年版。根据美国心理学协会伦理学委员会，下面是具体条例中的主要变动：

1. 所有案件的被告将被允许行使，在接到一个公开案件或投诉的第一次通告时，从美国心理协会辞职的权利。辞呈是在"伦理学调查中"，并且美国心理学会建议，任何申请的人在接受伦理学调查时递交辞呈。

2. 展示案件中的被告，在接到通告的 60 天内自动被开除，没有行使他或她的辞职或要求复审的权利……自 2001 年 10 月起，美国心理学会收到控告应用于投诉和出示控诉程序的通告。

详见 APA Ethics Commitee. (2002). Report of the Ethics Committee, 2001. *American Psychologist*, 57, 646-653.

你认为《规章和程序》被每个美国心理学会成员所理解吗？你想知道，如果你不幸成为伦理投诉对象，你如何操控你的道路吗？判决一个正式投诉需要一年多的时间。这个过程太长、太繁琐、太昂贵吗？或者它为原告和被告提供合适的程序保障了吗？

以过去 15 年的案例相比较，你认为什么是伦理学委员会现在判决频率最高的案件？想要得到答案和进一步的数据，看这些文章，按时间先后顺序排列：

Ethics Committee of the American Psychological Association. (1988). Trends in ethics cases, common pitfalls, and published resources. *American Psychologist*, 43, 564-572.

APA Ethics Committee. (1991). Report of the Ethics Committee, 1989 and 1990. *American Psychologist*, 46, 750-757.

APA Ethics Committee. (1994). Report of the Ethics Committee, 1993. *American Psychologist*, 49, 659-666.

APA Ethics Committee. (1998). Report of the Ethics Committee, 1997. *American Psychologist*, 53, 969-980.

APA Ethics Committee. (2002). Report of the Ethics Committee, 2001. *American Psychologist*, 57, 646-653.

APA Ethics Committee. (2004). Report of the Ethics Committee, 2003. *American Psychologist*, 59, 434-441.

APA Ethics Committee. (2005). Report of the Ethics Committee, 2004. *American Psychologist*, 60, 523-528.

APA Ethics Committee. (2006). Report of the Ethics Committee, 2005. *American Psychologist*, 61, 522-529.

2001 年报告表明，从 1985 年到 2001 年，美国心理学会因伦理违例而终止 363 名成员的会员关系——大约每年 21 人。2001 年，这个数字是 17，12 人开除和 5 人协议辞职。2005 年，没有成员因向委员会的直接投诉而被开除。5 名成员自动被开除，大概基于其他讨论会上不利的判决；14 人在调查过程中辞职；1 人在协议调查中留下。关于美国心理学会大力执行伦理规范，这些数据暗示着什么？仔细思考，自 1956 年至 1980 年，美国心理学会只有 8 名心理学家因伦理违例而放弃会员资格。

伦理规范的实践

第二单元

假设你与一个和你一样是美国心理学会（APA, American Psychological Association）会员的临床心理治疗师共用一个办公室，而他同时也是你的好朋友。你发现这位同事在结束了与一位女性来访者两期的行为治疗后，很快和她开始交往。这时候你应该怎么做呢？更令人感兴趣的是，你会怎么做呢？如果你和大多数人一样，很有可能就像近三分之一的临床心理治疗师一样，根本不会向任何伦理规范组织报告这位同事的行为。

现在假设你是一名心理治疗师，要求你判断下面情境中心理治疗师的行为是否符合伦理规范：

1. 某州要求所有申请执业资格证书的个体必须在导师指导下完成1 500小时的博士后实践工作才有资格参加执业资格证书考试。但是一名申请者与一位注册心理治疗师商定，由这位心理治疗师书面证明这名申请者已经完成了所要求的实践学时，尽管事实上这名申请者只完成了500小时的实践学时。

2. 在一个有许多不同职业人士参加的社交场合里，你偶然听到一位心理治疗师在与她的两位朋友——一位是外科医生，另一位是会计师——用真名谈论她的一名病人的情况，而这两位朋友和这个案例都没有任何关联。

3. 一名刚开始接受你治疗的病人告诉你，他之所以结束与前一位治疗师的医患关系，是因为那名治疗师常常在酒后对他进行治疗。

这三种情境所描述的心理治疗师的行为是否已经明显违反了心理学的职业伦理规范？但当你发现APA的心理治疗师对上述行为是否违反伦理规范并没有达成统一意见时，你会作何感想呢（Pope, Tabachnik, & Keith-Spiegel, 1987）？另一个可能让你感到惊讶的发现是，在60名对伦理问题有丰富经验的资深心理治疗师中，超过50%的人承认他们曾经有意违反过约束其职业行为的法律或伦理原则（Pope & Bajt, 1988）。

这些论述和数据所依据的研究遍布本单元，通常将它们看作是可悲、可憎行为的典型例子。但是也有人认为，在某些情境下违反某项伦理规范甚至州立法案或联邦法案，正恰当地体现了职业的专业辨别力。

很明显，对伦理规范和法律规则的知识性掌握并不必然导致对这些规则的严格遵守。故而，撇开少数“反社会”的同事不谈，是什么刺激了其他有道德的心理学家

采取行动公然抵触他们应该去做的呢？

有时候，心理治疗师之所以会违反某些伦理规范是因为这些规范表意含糊。例如，在一些非正式的研究中，我曾要求资深的执业临床心理治疗师回答75道有关伦理行为的是非判断题，在这些问题后我还附了1989年版的《APA伦理规范》。指导语告诉问卷填写者，他们在回答问题的任何时间都能翻阅这一伦理规范。但是最后的结果是，没有一名测试者回答的正确率超过60%。

尽管这一结果来自于非系统性的研究，我们仍然可以据此提出假设，认为旧版的《APA伦理规范》太含糊不清以至于无法据此得出"正确"的答案——这正是我的猜想。但是，即便这些伦理规范得到了完全清晰的表述，我们仍然有理由相信，有时候心理治疗师依然会有意违反这些规则。其中一个原因可能是心理治疗师认为对伦理规范的违反能够实现更高的道德价值。但是，让心理治疗师追随着亨利·戴维·梭罗和马丁·路德·金那令人尊敬的脚步去违反社会陈规合适吗？还是，心理治疗师有义务遵守他们的职业伦理规范，通过有秩序的（尽管缓慢的）民主程序，来寻求对他们所不认同的规章制度的改变？

在本单元中，我将通过大量足以引发讨论和争议的情境描述和两难问题来探讨这些话题，期望能让读者从仅仅对伦理规则和程序条例的学习这一层面，提升到思考伦理规范的意义和价值的层面上来。我猜想读者可能会在读毕本单元后有一丝不确定感（尽管这种不确定感带有创造性的意味），但是不至于感到绝望，因为关于如何应对这一不确定感的方法将在紧接的第三单元中进行详细阐述。

参考文献

Pope, K. S., & Bajt, T. R. (1988). When laws and values conflict: A dilemma for psychologists. *American Psychologist*, *43*, 828-829.

Pope, K. S., Tabachnik, B. E., & keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, *42*, 993-1006.

临床心理学研究生无法将所理解的伦理原则应用到实践中

1

⊙ J. L. 伯纳德和卡门·S. 加拉(J. L. Bernard and Carmen S. Jara)

对于任何违反伦理学规范的行为,我们必须从两个方面加以考查:(a)该伦理原则在当前情境下的可应用性程度是容易理解的,以及(b)个人对于已理解的行为准则进行实践的意愿程度。在这两个方面中,由于缺乏对原则的理解而导致违反伦理规范似乎不大可能……对于有文化的高智商专家而言,发生违反伦理规则的行为更可能是由于不愿意遵从《伦理原则》的要求而导致的……

……《伦理原则》(7g)明确地将纠正已发现的违规行为的责任置于每一位从业者身上。因此对某一违规行为的忽视本身就构成了违规行为。在本文中,我们报告了研究生在面对假设情境中他(她)朋友的违规行为时遵从《原则》(7g)的情愿程度(或更恰当地称之为"不情愿程度")的相关数据。

方　法

问卷

我们给全国范围内250名美国心理学会认可的临床心理学项目的研究生寄发了邮件,要求他们在完成后匿名寄回给主试。每一封邮件都包含一封解释信(含用以提出匿名合作的要求)、两个违规行为的场景、一张人口统计学信息单(如果学生觉得这张单子上的信息会损害问卷的保密性则可以弃置不填,事后证明没有学生这样做)、一份关于学生会如何对这两个场景进行反应的问卷以及一个贴好邮票的信封,以便学生完成问卷后将其寄回。

第一个场景描述了一名临床心理学研究生在心理治疗实习过程中与一位来访者发生了性行为。在一半邮件中,这名学生治疗师是女性,而在另一半邮件中,这名治疗师则是男性。第二个场景(同样也进行了性别的平衡化处理)描述了一名酒精成瘾的临床心理学研究生,他(她)已经在许多临床实践中出现了判断失误和错误行为,但却一直没有让临床组教员知道这些情况。在每一封信中,我们要求读者假设自己发现了这个问题,而且场景中的这名学生不仅是他(她)的同学,还是朋友。并且,所设置的场景是读者不仅发现了这个问题,而且已经与当事人有过一次交涉,却没有产生任何效果。其中涉及的两项伦理原则(2f和6a)(American Psychological

Association,1981)已用语言进行了陈述,以防止对原则的回忆这一因素干扰学生对问卷的回答……此时,学生会看到两个问题。第一个问题,“根据《伦理原则》,你**应该**做什么?”用于测试学生对该场景的理解程度(明白场景所描述的行为已经构成了违规行为而需要采取某些行动,以及该采取什么样的行动)。第二个问题,“现实地说,对于这位既是你的同学又是你的朋友的学生,你觉得你**可能**会怎么做?”用于测试被调查者对于他(她)已声称应当采取的行动的情愿程度。每一个问题都配有对应于相应情境的五个可能回答。比如,在酒精成瘾的男性学生场景中,五个可选答案分别是:(a)“什么也不做”;(b)“建议他为此寻求帮助”;(c)“继续努力让他停止酗酒”;(d)“告诉他如果他再不把酗酒问题加以控制,你就要去报告临床心理学主任或他的导师”;(e)“报告临床心理学主任或他的导师”。我们预计几乎所有的学生都能认识到,每一个场景都描述了一项需要采取特定行动的违规行为。然而我们假设,尽管大部分学生都声称有采取他们认为应当采取的行动之意愿,但其中很多人仍会承认他们最终所做的很可能会比他们觉得应该做的要少一些。因此我们所要分析的数据是被调查者声称应当做的与他(她)在面对这些情境时实际所做的之间的差异。我们进一步假设,如果前面的假设是正确的,那么人口统计学信息中的某些项目(例如该学生是否修读过伦理方面的课程,或发生违规行为的学生性别)也许能够使我们对前述两组数据进行有效的鉴别。

作为操作检验,上述情境在问卷发放之前已经将问卷呈现给一个州伦理委员会,要求其成员只回答其中“应当做什么”这一问题。对于性侵犯场景,所有成员都一致认为“报告临床心理学主任或学生的导师”是恰当的行动。而对于男性酗酒学生这一情境,五分之三的委员会成员认为也应当采取上述行动,而其余两位成员则选择了较为轻微的反应(“告诉该学生如果他再不把酗酒问题加以控制,你就要去报告临床心理学主任或他的导师”)……

结　果

……首先,我们对数据进行分析,得到了那些实际采取的行动与他们声称应当采取的行动相一致的临床心理学研究生的百分比,以及那些实际采取的行动少于他们声称应当采取的行动的学生百分比(我们没有发现有学生选择实际采取的行动多于他们所声称应当采取的行动)。在性侵犯场景中,这两组数据平分秋色:50%的学生认为他们会采取已经声称应当采取的行动,而另外50%的学生则认为他们会比应当采取的行动做得略微少一些。对这两组数据进行二项式展开,我们得到了显著近似于正态的分布,$Z(1)=17.39, p<0.0001$。在酗酒场景中,45%的学生认为他们会采取他们已经声称应当采取的行动,而剩下55%的学生则认为他们会比应当采取的行动做得略微少一些(同样在这个情境中也没有学生选择实际采取的行动多于他们所声称应当采取的行动)。对这两组数据进行相同统计比较的结果也极其显著,$Z(1)=19.94, p<0.0001$……

……在所有人口统计学和情境变量上均没有发现任何显著差异。

讨 论

在这项研究中,我们并没有考查临床心理学研究生在面对一个假设的违规行为时,是否会遵守某一抽象标准。相反,我们首先问学生应当做什么,然后问他们是否会按此行动。以此,每个学生都表达了他(她)自己对于每一情境下应当如何应用《伦理原则》的理解,以及这种理解是否会产生恰当的行为。在两个情境中,至少都有半数学生回答说他们不会按照自己对《伦理原则》对于从业者要求的解读来行动。简单地说,大部分人都认为:"我知道作为一名符合伦理规范的心理治疗师我应该做什么,但是我不会那样去做。"

这两组学生在任何人口统计学变量上都没有显著差异,这一结果意味着,诸如该学生受专业培训的时长、是否修读过伦理或物质滥用课程(大部分被调查者都修读过伦理相关课程)等因素,在应用《伦理原则》于实践的意愿程度方面并没有明显的影响。这可能说明我们对学生的伦理训练还不够充分,抑或在关系到同事(朋友)违规的情境下采取行动的意愿是无法教授的。确实,一名已经修读过伦理和物质滥用相关课程的四年级学生写道,在两个情境中他都认为应当"报告临床心理学主任或该学生的导师";然后对于"你会怎么做"这个问题,他在两个情境中都回答了"什么也不做"。心理治疗师们似乎在教授伦理规则的同时,并没有充分传达实践这些规则的重要性……

所有这些都呼吁一套对伦理规则彻底、正式与系统的训练方法,以使学生理解这些规则在执业中所提出的要求。然而,我们的数据却表明尽管这类训练十分重要,但问题并非简单是《伦理原则》"表述含糊"或"几乎没有提供任何指导"。这一研究中的被试似乎都理解他们所选职业的伦理规范;但在关系到同伴(朋友)的假设违规情境下,他们就是不去实践这些原则。

很明显,在那些正在训练学生(以及那些已经开始执业)的专业人员中存在着一个普遍问题。这个问题不是如何更为有效地将伦理规范传达给学生,而是如何激励他们实践那些他们显然已经充分理解了的规范准则……

参考文献

American Psychological Association. (1981). *Ethical standards of psychologists*. Washington, DC: Author.

评论:

伯纳德(Bernard)及其同事(1987)在美国心理学会第12分会(临床心理学分会)的会员样本中也得到了上述研究的结果(参见 Bernard, J. L, Murphy, M., & Little, M. 1987. The failure of clinical psychologists to apply understood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 489-491.)该研究中的情境和上述情境是一样的,只是在第一个情境中治疗师是一名男性博士学位的治疗师,而在第二个情境中治疗师是一名女性博士学位的治疗师。伯纳德等(1987)报告了如下结果:

> ……在性侵犯情境中,63%的治疗师报告说会采取他们认为应当采取的行动,37%的治疗师报告

说他们会做得比应当采取的行动略微轻一些。对这些数据应用二项式展开后得到了显著近似于正态的分布：$Z(1)=9.08, p<0.001$。在酗酒情境中，74%的治疗师报告说他们会采取他们认为应当采取的行动，26%的治疗师报告说他们会做得比应当采取的行动略微轻一些。用同样的统计方法对这两组数据进行比较后得到的结果也极其显著：$Z(1)=9.96, p<0.001$……

当用这种方法调查临床心理学研究生时（Bernard & Jara, 1986），在每一种情境下得到了几乎相同的结果。无论是酗酒情境还是性侵犯情境，都有大约半数的学生说他们会比应当采取的行动做得略微轻一些，而对于临床心理治疗师来说则不是这样。在酗酒情境中，25%的治疗师说他们会做得比应当采取的行动略微轻一些。然而，在性侵犯情境中，有三分之一的治疗师将不会按照他们所理解的应当采取的行动标准来行事。如果考虑到，尽管酗酒情境要求读者自己解读《伦理原则》而性侵犯情境已经被明确描述为违规行为，这样的结果就更使人感到迷惑不解了。从这项调查中可以明显看到，尽管专业人员报告说他们会作出比研究生更负责任的行为，还是有大量临床心理治疗师在面对同事的违规行为时不会做他们认为应当做的事。当然，治疗师中会采取"正确的行为"的人数比例比研究生高出很多，这一事实或许还是令人感到鼓舞的。这可能反映了专业人员一种与日俱增的意识，认为尽管报告同事的违规行为对个人来说并不情愿，但这是一种伦理职责，且从长远眼光看来对本职业是有益处的。

在研究生方面（Bernard & Jara, 1986），那些会采取他们认为应当采取行为的治疗师和那些不会采取正确行为的治疗师之间，在任何一种人口统计学变量上都没有显著差异。这意味着作出报告同事的违规行为这一决定，在很大程度上是一种关乎个人价值观的行为。然而，如果心理学要蓬勃发展，那些大量不愿意报告同事违规行为的治疗师必须对该职业的道德伦理规范更加予以重视。那么，问题就在于我们这一职业如何才能够激励更多的治疗师实践那些他们已经熟知的《伦理原则》。

在研究生的职业道德伦理教学中可能还需要添加另一个重要目标。下面这点至关重要：让学生了解伦理委员会的作用是采用任何可能的"康复型"而不是"惩罚型"的措施，来帮助违规者改变他们的违规行为。并且让学生认识到，他们自身的职业利益，受制于合乎伦理的行为以及对那些违规心理治疗师的举报。话又说回来，如果我们中更多的人愿意报告我们已觉察到的违规行为，那么我们的违规处分措施可能就不会那么严厉了……（pp. 490-491）

在最近一项研究中，给研究生们呈现了一些题目，这些题目涉及他们同伴的违规行为，例如违背保密原则或与来访者发生暧昧关系（进入了双重关系）。25%的学生表示他们对此将什么也不做。只有3%的学生说他们会与外部机构取得联系。另一方面，47%的学生说他们会与其他学生就该问题进行讨论，

31%会直接向教员反映,28%会直接与他们的违规同事进行交涉。有意思的是,教员们低估了他们的学生将会采取行动的程度。相反,学生们认为教员会对问题学生采取行动的积极性低于教员认为他们自己会采取行动的积极性。尽管如此,虽然学生应得到比教员所给予他们的更多的信任,而且在许多情形中,“表明他们对道德伦理的职责感……胜过他们对问题同伴的忠诚感”(Mearns & Allen,1991,p. 198),但是许多不规范操作与违规行为依然未得到重视(参见 Mearns,J., & Allen,G. J. 1991. Graduate students' experiences in dealing with impaired peers, compared with faculty predictions: An exploratory study. *Ethics & Behavior*,1,191-202.)。

相比于米恩斯和艾伦(Mearns & Allen)的研究,奥利弗等(Oliver,2004)的研究却发现“与已发表的文献相一致,学生们更可能报告人际问题,而不是学术问题或伦理问题”(p. 145)(参见 Oliver,M., Bernstein,J., Anderson,K.,Blashfield,R., & Roberts,M. 2004. An exploratory examination of student attitudes toward “impaired” peers in clinical psychology training programs. *Professional Psychology: Research and Practice*,35,141-147.)在最近一项关于研究生处理问题同伴的经历调查中,研究者发现虽然学生们认为他们更有能力发现其问题同伴,但他们表示“教员对于处理这些学生负有大部分的责任”(p. 668)。研究者们同时为改进对研究生的训练提出了一些有益的建议,例如制定当学生们察觉同伴的问题行为时可以遵循的操作流程,强化对录取研究生的筛选,为研究生提供更好的应对压力与痛苦的相关教育(Rosenberg,J. I., Getzelman,M. A., Arcinue,F., & Oren,C. Z. 2005. An exploratory look at student's experiences of problematic peers in academic professional psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 605-673.)在最近一项调查中,53%的APA学生会员“报告说如果他们有关于师生间性接触的第一手信息的话,他们会觉得采取恰当行动不怎么安全”(p. 727)。很多学生会员觉得他们在研究生阶段接受的道德伦理训练不够充分,抑或仅够在处理这类问题时提供一个决策模型(Zadrzewski, R. f. 2007. A national survey of American Psychological Association student affiliates' involvement and ethical training in psychology educator-student sexual relationships. *Professional Psychology*,37,724-730.)。

采用本章开头部分节录的伯纳德和费拉关于酗酒情境的一项最近研究发现,95%的临床心理学博士生($N=256$)“意识到对于同事持续的酗酒问题,他们应当报告系主任或导师”(p. 296),与之前的研究一样,半数学生会按照低于他们所认为应当遵守的标准来行动。研究者们对“伦理决策能力”(即确认恰当的干预)、“伦理意愿性”(即是否按照自己心中的标准来行事)以及“伦理决心”(即在道德伦理上进行干预的可能性)进行了区分(参见 Betan, E. J., & Stanton, A. L. 1999. Fostering ethical willingness: Integrating emotional and contextual awareness with rational analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*,30,295-301.)。

美国心理学会伦理办公室主任斯蒂芬·贝恩克(Stephen Behnke)在他的一篇每月专栏文章中谈到了关于遵守标准1.04(违规行为的告知方案)和1.05(报告违规行为)的问题:

在将这些规范落实到实践中

去时的一个棘手问题是文化背景：我们社会不喜欢告密者……另一个障碍是我们人际关系的本质，可能会使指出一项可能的违规行为变得复杂并危及职业前途（如果不是危及个人安危的话）。当双方处于权力不平等地位时，报复尤为令人关注。第三，我们掌握的有限信息常常让我们无法确定这些信息是否足以判定对方已构成了违规行为……第四，对伦理上的问题行为进行反应可能需要对职业有很大的忠诚度……第五，……我们接受的训练常常并未让我们有充分的心理准备与同事谈论伦理方面的问题行为，并且当面对不确定甚或防御性或愤怒的反应时我们会感到害怕（p. 73）（Behnke, S. H. (2006, March). Responding to a colleague's ethical transgressions. *Monitor on Psychology*, 37, 72-73）。

想要进一步了解关于道德判断与道德行为之间的不一致性，可以参见 Bersoff, D. M. 1999. Explaining unethical behavior among people motivated to act prosocially. *Journal of Moral Education*, 28, 413-428.

实践中的道德伦理：作为治疗师的心理学家的信念与行为 2

⊙ 肯尼施·S. 波普，芭芭拉·G. 塔巴克尼克，派翠西亚·契尔氏-期比吉尔
（Kenneth S. Pope，Barbara G. Tabachnick，and Patricia Keith-Spiegel）

美国心理学会制定了关于临床实践中的详细伦理原则与标准，以指导其会员的行为（APA，1973，1981a，1981b，1986，1987a，1987b；Standards，1985）。然而，我们仍然缺乏有关 APA 会员对这些规范的坚定信念与遵守程度的数据。由此，目前没有可供利用的数据来指导治疗师作出相关的临床决策，也没有数据可以指导 APA 修订、完善并扩充临床实践中的正式规范。

我们并不认为常规即等同于伦理标准。在很多情况下，制定及传播正式标准是为了强化人们的道德伦理意识并改善一个职业联盟的行为。例如，那份制定于古代并仍为今人所敬仰的"希波格拉底誓言"中的许多规范，在当时仅仅被少数医生所信仰。但是那些负责制定、传播并实施职业规范的人，如果能意识到会员所面临的各种困境以及会员各自不同的个人原则与行为，他们的工作将会更有成效。

方　法

问卷调查

研究者从 1985 年美国心理学会名录（APA，1985）里列出的第 29 分会（心理治疗分会）的 4 684 名会员中随机抽取了 1 000 名心理治疗师（500 名男性，500 名女性），向他们寄送了一份调查问卷、一封介绍信以及一个回信用的信封。调查问卷分为三个部分。第一部分包括了 83 种行为。研究者要求被试根据下述三个类别对每个项目予以评定。首先，他们在实践中多大程度上会发生此行为？被试既可以回答说该行为在他们的实践中不可用，也可以按照"从不""很少""有时""常常"和"经常"来对他们实践中该行为的出现频率进行评定。其次，他们在多大程度上会认为一项实践是符合道德伦理规范的？在对各行为是否符合道德伦理进行评估的过程中，被试可以使用五种分类："毫无疑问不是""很少情况下是""不知道/不确定""很多情况下是"以及"毫无疑问是"。

问卷的第二部分给被试呈现了用以引导或规范实践的 14 种资源。被试被要求在为"规范心理治疗师的临床实践提供教育、指引、惩罚或帮助支持的有效性（即促进有效、恰当且符合道德伦理规范的临床实践）"等方面对各资源进行评分。评分

时的五级分别是："糟糕""一般""还行""不错"以及"很好"。

问卷的第三部分要求被试提供他们自己年龄、性别、主要工作环境及主要理论取向的信息。

表 1　提供可用数据的治疗师的人口统计学特征

特　征	类　别	数　量	%
性别	男性	231	50.7
	女性	225	49.3
年龄组	45 岁及以下	230	50.4
	45 岁以上	226	49.6
主要工作环境	私人办公室	330	72.4
	诊所	35	7.7
	医院	26	5.7
	大学	48	10.5
	其他	14	3.1
	未作答	3	0.7

表 2　提供可用数据的治疗师的理论取向

取　向	数　量	%
精神动力学	150	32.9
折中主义	117	25.7
认知主义	33	7.2
格式塔	25	5.5
人本主义	21	4.6
存在主义	18	3.9
系统观	17	3.7
行为主义	12	2.6
其他	53	11.7
未作答	10	2.2

结　果

被试的人口统计学特征及对 83 种行为的评分

有 456 名被试返回了问卷（回收率 45.6%）。表 1 列出了被试性别、年龄及主要工作环境的数据。表 2 列出了被试的理论取向。表 3 列出了被试对 83 种行为在自身临床实践中的发生率和他们认为该行为符合道德伦理的程度这两个方面的评分。

规范心理学的资源

表 4（p. 79）呈现了被试对于规范心理学的 14 种资源的评分。对这 14 种资源

进行了混合组间—组间—组内变量分析。组间变量是两个年龄段和性别。组内变量由 14 种资源构成。对协方差异质性进行 Hnyn-Feldt 校正后,研究者发现了不同资源间评分的显著差异,$F(13,4316)=55.24, p<0.001$。资源类型的评分方差的解释率为 31.4%。对这 14 个平均数的成对比较(Scheffe-adjusted pairwise comparisons)显示,在 91 组差异中有 48 组差异显著,$p<0.01$。这 14 种资源的平均得分及它们间的差异见表 5(p. 79)。

平均来看,年长的临床心理治疗师对这些资源的打分(平均分 3.36)要高于年轻临床心理治疗师(平均分 3.17),$F(1,32)=8.88, p<0.01, h^2=0.03$。

年龄与资源类型间的交互作用显著,$F(13,4316)=2.29, p<0.05$,但交互作用较小,$h^2<0.01$。对它们进行 $\alpha=0.01$ 的 scheffe criterion 检验发现,年轻与年长心理治疗师之间只在三种资源上存在显著差异:州颁证委员会(年长者:$M=3.25$;年轻者:$M=2.86$)、州伦理委员会(年长者:$M=3.36$;年轻者:$M=2.97$),以及地方伦理委员会(年长者:$M=3.12$;年轻者:$M=2.77$)。其他所有交互作用均不显著。

表 3 每一类别中治疗师的百分比($N=465$)

题 项	评 分										
	在你行为中出现的数量?						符合伦理道德规范吗?				
	1	2	3	4	5*	NA	1	2	3	4	5*
1. 与之前的来访者成为社交好友	42.1	45.2	9.2	1.8	1.1	0.7	6.4	51.1	13.4	21.9	6.8
2. 为来访者免费治疗	33.3	47.4	15.8	1.1	1.8	2.9	4.6	25.2	14.5	24.8	29.6
3. 为你的一位朋友提供治疗	70.4	25.2	2.2	0.2	0.7	2.2	47.6	40.1	2.9	4.4	3.7
4. 在报纸或类似媒体上做广告	72.4	13.2	10.1	2.4	0.4	5.5	12.9	14.7	17.8	33.3	20.6
5. 治疗笔记只局限于姓名、日期和费用	48.2	18.4	13.8	6.6	12.1	1.5	18.6	22.4	21.7	20.8	14.7
6. 为伦理问题投诉某位同事	61.6	25.2	7.5	0.7	1.1	10.7	2.4	11.8	3.1	22.8	57.9
7. 告诉来访者你对他(她)很生气	9.6	45.0	36.8	5.7	2.2	0.7	3.1	26.8	8.3	35.5	25.4
8. 使用计算机化测试解读服务	39.0	21.7	20.8	7.9	7.5	13.2	2.0	9.0	12.9	39.3	34.9
9. 拥抱来访者	13.4	44.5	29.8	7.7	4.2	0.2	4.6	41.2	8.3	35.5	9.2
10. 如果来访者无力支付费用则停止治疗	36.2	36.2	20.0	3.7	2.0	5.3	12.1	27.4	15.4	32.7	11.0
11. 从来访者那里获取服务以代替治疗费用	66.9	27.0	3.5	0.2	0.4	7.9	22.6	39.3	14.5	16.0	6.4
12. 在未获得家长同意的情况下治疗孩子	65.8	22.4	5.5	0.2	0.7	14.0	23.5	45.6	13.4	11.6	3.7
13. 让来访者在家里做测试(如明尼苏达多相人格调查表,MMPI)	43.9	27.0	16.0	4.8	3.5	10.7	20.2	25.9	19.5	22.1	10.1
14. 改变诊断报告以满足保险要求	36.4	26.5	27.0	5.5	2.6	2.9	37.3	28.9	16.0	14.0	2.0
15. 告诉来访者:“我受到了你的吸引”	78.5	16.2	3.5	0.2	0.2	4.8	51.5	33.1	5.5	6.8	2.4
16. 拒绝来访者阅读他们的图表笔记	33.1	21.3	13.6	5.7	14.9	23.2	14.5	28.3	14.9	21.5	16.0
17. 利用收费机构来收取补加费用(late fees)	48.0	21.9	19.7	5.9	1.8	8.6	5.0	15.1	15.6	35.5	27.4
18. 如果来访者有他杀倾向则打破保密原则	15.6	9.6	6.6	24.6	17.3	35.7	1.1	5.0	3.5	18.9	69.1
19. 提供法律服务,额外收费	67.3	7.0	6.8	0.9	0.7	42.1	35.5	11.0	29.8	7.0	10.3

续表

题 项	评 分										
	在你行为中出现的数量?						符合伦理道德规范吗?				
	1	2	3	4	5*	NA	1	2	3	4	5*
20. 将自我暴露作为治疗技术	5.9	22.1	38.6	19.7	12.9	0.7	2.2	17.1	7.9	43.0	29.2
21. 邀请来访者参加公开派对(office open house)	76.3	9.6	5.0	0.7	2.0	19.3	28.9	25.7	23.2	12.1	8.3
22. 接受来访者价值至少为 50 美元的礼品	72.1	19.1	2.4	0.4	0.0	16.7	34.2	36.2	15.8	8.6	3.3
23. 当由于内心痛苦而无法有效工作时仍然工作	38.8	48.5	10.5	0.4	0.2	5.3	46.7	38.4	8.6	4.4	1.3
24. 只接受男性或女性来访者	83.8	3.7	2.4	0.2	1.1	18.2	11.0	16.2	18.6	16.9	34.6
25. 不允许来访者获取测试报告	45.0	23.5	13.6	5.9	6.6	14.3	21.7	32.9	14.0	20.6	8.8
26. 在治疗过程中提高治疗费用	27.6	23.9	29.4	11.8	5.7	3.5	8.3	15.8	13.2	32.5	28.9
27. 如果来访者有自杀倾向则打破保密原则	16.2	24.6	25.0	9.6	19.3	11.8	2.0	10.1	5.5	23.5	57.5
28. 不允许来访者获取原始测试数据	32.2	10.5	9.0	7.9	30.0	1.8	12.1	12.9	11.2	22.8	36.8
29. 允许来访者大额赊账	12.5	44.1	34.4	5.7	1.5	2.9	7.2	35.3	22.8	16.9	16.4
30. 接受物品(而非金钱)作为治疗费用	65.1	24.8	6.4	0.2	0.4	12.7	15.8	33.8	21.3	18.2	9.6
31. 为来访者提供替身性伴侣	81.8	5.7	1.1	0.7	0.2	33.1	36.2	25.7	23.7	8.6	4.6
32. 上报儿童虐待事件而打破保密原则	25.0	16.2	15.1	8.3	22.6	29.4	1.3	4.4	5.3	20.8	64.9
33. 邀请来访者参加派对或社交活动	82.9	13.2	2.2	0.2	0.4	4.6	50.0	34.0	8.1	6.1	1.5
34. 在提到来访者时称呼其名字(而非姓氏)	2.0	2.6	9.4	20.8	65.1	0	0.7	0.9	2.6	30.7	65.1
35. 在来访者面前哭泣	42.5	41.5	12.5	1.8	0.7	4.6	5.9	32.0	14.5	18.4	27.6
36. 工资是来访者支付费用的固定百分比	46.3	4.4	10.1	3.5	5.3	41.0	12.1	8.1	34.2	16.0	16.4
37. 向来访者要求帮助(例如搭车回家)	60.5	35.7	2.4	0	0.2	5.0	27.0	45.2	12.3	10.1	4.4
38. 没有与孩子见面而对其进行监管评估	76.8	7.2	1.3	0.2	0.2	36.0	64.0	22.8	5.3	2.4	0.9
39. 接受来访者自杀的决定	73.9	16.4	3.7	0.4	0	15.4	45.2	36.6	8.8	4.8	2.9
40. 拒绝将诊断报告泄露给来访者	49.8	30.9	10.1	4.6	2.4	4.2	21.5	43.2	13.2	13.4	6.8
41. 领导裸体团体治疗或"成长"治疗组	88.6	2.2	0.9	0.2	0	24.3	59.6	16.4	14.9	3.9	2.9
42. 告诉来访者你对他们的失望之情	46.9	39.0	11.4	1.1	0.4	2.6	19.7	37.1	18.0	15.4	7.9
43. 与朋友匿名地讨论你的来访者	22.8	46.3	22.4	5.7	2.0	0.9	32.9	38.6	13.8	9.4	4.6
44. 为你的学生或受督导者提供治疗服务	63.8	22.4	6.8	0.9	0.9	12.3	45.8	33.6	6.1	8.8	4.2
45. 给那些推荐来访者给你的人送礼品	78.5	11.4	7.0	1.5	1.1	4.2	47.8	21.7	15.6	10.3	4.2
46. 利用法律诉讼来向来访者收费	62.7	21.3	10.3	0.2	0.4	15.4	10.1	28.3	19.3	19.7	21.1
47. 与之前的来访者发生性关系	88.2	10.5	0.4	0	0.2	7.5	50.2	34.4	7.2	3.9	3.3
48. 由于害怕被起诉而回避某些来访者	48.9	30.3	13.4	1.3	0.9	13.8	7.9	23.0	23.7	23.9	19.7
49. 没有见父母而对孩子进行监管评估	63.8	16.9	6.6	0.7	0.2	30.5	47.1	31.6	10.7	3.9	2.6
50. 借钱给来访者	73.7	23.9	1.5	0	0	4.4	40.6	38.8	10.7	5.9	3.3
51. 给你的一位员工提供治疗服务	79.6	12.9	2.0	0	0.7	15.6	55.0	31.1	6.8	2.9	2.4

续表

题项	评分										
	在你行为中出现的数量?						符合伦理道德规范吗?				
	1	2	3	4	5*	NA	1	2	3	4	5*
52. 让你的来访者以名字称呼你	3.5	10.5	21.9	21.9	41.9	0.4	1.3	3.3	7.9	23.5	63.6
53. 给你的来访者寄送节日贺卡	61.4	16.2	12.9	3.1	4.8	5.3	10.5	12.9	26.8	20.4	28.5
54. 与来访者亲吻	70.8	23.5	4.4	0.2	0.4	2.2	48.0	36.6	4.6	7.7	2.2
55. 与来访者发生性活动	97.1	2.4	0.2	0	0	3.9	95.0	3.5	0.4	0.4	0.4
56. 赠送来访者价值 50 美元以上的礼品	95.0	3.7	0.4	0	0	4.6	69.7	16.0	8.1	2.9	2.6
57. 接受来访者的派对邀请	59.6	34.9	4.4	0.2	0.4	2.9	25.7	46.1	10.1	10.7	6.8
58. 与受督导者发生性关系	95.0	2.9	0.4	0	0	8.8	85.1	9.0	3.5	1.5	0.2
59. 参加来访者的特别活动(如婚礼)	23.5	50.7	20.4	3.3	1.5	0.4	5.3	34.0	13.8	28.7	17.5
60. 为转诊来访者给某人而收费	98.0	0.4	0.2	0	0	7.2	88.4	7.2	3.3	0	0.2
61. 与来访者发生商业往来	95.6	1.5	0.2	0	0.2	9.9	78.5	12.7	5.5	1.1	1.1
62. 与来访者发生性接触	97.8	1.5	0.4	0	0	4.2	96.1	2.6	0.2	0.7	0.2
63. 使用强制住院措施	30.5	42.1	16.7	2.4	1.1	17.1	3.1	28.9	8.8	24.3	31.8
64. 向来访者兜售物品	90.6	5.9	2.0	0	0.4	7.5	71.1	18.4	4.4	2.9	2.0
65. 在广播和电视等媒体上提供个人建议	66.0	18.6	9.2	1.5	0.2	18.6	18.4	28.3	22.1	23.7	6.4
66. 受来访者的性吸引	9.2	38.8	43.9	5.5	1.3	1.1	11.2	11.0	19.5	19.1	33.3
67. 无意中泄露了保密数据	36.0	58.6	3.3	0	0	2.9	75.2	14.3	4.6	1.8	1.8
68. 允许来访者脱衣服	94.5	2.9	1.5	0	0	5.0	81.4	12.1	3.1	1.5	1.3
69. 从来访者那里借钱	97.1	1.8	0	0	0	4.4	86.2	10.7	1.1	0.4	0.9
70. 与朋友实名地讨论某位来访者	91.2	7.5	0.4	0.2	0	3.5	94.5	3.5	0.7	0.4	0.4
71. 提供能力范围外的服务	74.8	22.8	1.8	0	0	2.0	80.7	16.9	0.2	0.9	0.7
72. 为受督导者编造受督导时间	89.0	7.2	0.9	0	0	9.9	92.5	5.5	0.4	0.4	0.7
73. 将同性恋作为病态来对待	75.0	12.7	6.4	2.6	1.8	4.4	55.7	12.9	17.3	6.6	5.3
74. 酒后进行治疗	92.8	5.7	0.2	0	0	3.5	89.5	7.7	1.1	0	0.9
75. 对某位来访者产生性幻想	27.0	46.3	22.4	2.4	0.7	3.5	18.9	15.1	26.8	13.2	21.9
76. 接受来访者低于 5 美元的礼品	8.6	31.8	45.0	9.4	3.7	0.7	5.0	20.0	16.2	36.4	20.2
77. 发起或接受与来访者的握手	1.3	3.3	17.5	28.1	48.2	1.1	0.7	1.1	3.3	21.7	71.9
78. 在来访者面前脱衣服	97.8	0.9	0	0.2	0.2	4.6	94.7	3.3	0	0.2	0.7
79. 对来访者未到的会面收费	11.8	15.4	26.3	22.6	22.6	2.4	1.1	6.8	7.2	38.2	45.8
80. 与之前的来访者之间发生商业往来	83.1	10.1	2.0	0	0.4	15.6	36.8	28.9	17.5	9.0	5.9
81. 直接唆使某人成为来访者	89.3	8.6	0.9	0	0.2	4.4	67.5	22.6	5.7	1.8	1.5
82. 受来访者的性吸引[1]	9.2	39.5	41.0	6.1	0.9	1.3	9.2	13.4	21.9	18.0	30.0
83. 帮助来访者投诉某位同事	52.9	19.4	9.4	1.1	1.1	20.0	6.4	22.6	14.9	29.2	25.2

注:评分编码:在你行为中出现的数量? 1 = 从不,2 = 很少,3 = 有时,4 = 常常,5 = 经常,NA = 无法回答。符合伦理道德规范吗? 1 = 毫无疑问违规,2 = 只在上述情况下符合伦理道德规范,3 = 不知道/不确定,4 = 在大多数情况下都符合道德伦理规范,5 = 毫无疑问符合道德伦理规范。* 由于数据缺失导致 1—5 的回答加起来少于 100%。

〔1〕 这可能是测谎题,原文 66 与 82 都是"Being sexually attracted to a client"。

与心理治疗师的性别系统相关的行为

为了评估男性与女性心理治疗师参与这83种行为的差异程度，研究者对这些数据进行了卡方检验。为了消除那些表面看上去似乎显著、实则由于机遇的结果——鉴于分析的数量之多——研究者采用了十分严格的显著性水平（$p < 0.001$）。表6列出了根据该标准发现的与性别显著相关的行为题项。

讨　论

效度和解释问题

我们解释这些数据的时候必须十分谨慎。首先，这只是一项开创性研究，但仍然需要重复研究加以论证。其次，我们尚不清楚29分会的这一样本会员的行为与信念，与超过60 000名美国心理学会会员、近50 000名注册的或拥有联邦证书的心理学临床实践者（既有会员，也有非会员）（Dorken，Stapp，& VandenBos，1986）以及近63%的注册博士级临床心理治疗师（Stapp，Tucker，& VandenBos，1985）的行为与信念之间有何异同。第三，大多数人的行为并不一定能反映这些人本身所相信的道德伦理行为。例如，近三分之二的被试报告说它们曾无意中泄露保密材料，但有四分之三的被试却认为这种行为是违规的。第四，某些特定的道德规范可能还没有印刻在大多数人的心里。例如，大部分心理治疗师可能对诸如如何对待少数民族来访者、提供法律服务后额外收费、与以前的来访者发生性关系以及外表有自杀倾向的来访者时应当遵循的操作流程并不熟知。如前所述，正式的道德伦理规范的制定与传播，是为提高道德伦理意识与改善道德伦理行为所做努力的标志。关于一个普通样本的行为与信念的数据应当反映而不是决定我们的伦理自觉性（deliberation）。最后，问卷中的大部分题项都涉及十分复杂的问题。接下来的讨论仅为了强调从这些初步数据中浮现出来的部分主要议题、模式与两难处境。

表4　被调查者关于规范治疗师行为的信息源有效性评分的百分比

信息源	评分				
	极差	较差	还可以	较好	很好
1. 研究生项目	5.3	19.1	27.0	29.6	18.2
2. 实习经验	2.0	11.4	25.4	35.7	24.1
3. 工作所在机构	5.0	16.2	31.4	30.7	12.9
4. 州及联邦法律	3.9	32.7	39.0	18.4	1.8
5. 法院裁决（判例法）	4.6	30.5	29.6	25.4	4.2
6. 州注册委员会	5.9	21.7	35.7	25.9	6.8
7. APA伦理原则	1.1	5.9	26.3	45.8	19.1
8. APA伦理委员会	2.0	11.4	32.9	36.8	12.9
9. 州伦理委员会	3.3	20.8	32.9	28.5	7.0
10. 当地伦理委员会	6.4	22.8	29.4	20.8	4.8
11. 已发表的研究	7.2	28.5	30.7	21.3	5.0

续表

信息源	评分				
	极差	较差	还可以	较好	很好
12. 已发表的临床与理论工作	4.8	20.0	33.1	29.2	7.2
13. 继续教育项目	2.4	19.1	29.6	33.6	9.2
14. 同事（非正规网络）	1.1	6.6	18.9	43.4	28.1

注：由于数据缺失和四舍五入，每行相加可能不到100%。

表5 被调查者关于规范治疗师行为的信息源有效性评分的均值及均值差

信息源	均值	均值差												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. 研究生项目	3.36													
2. 实习经验	3.71	.35*												
3. 工作所在机构	3.30	.06	.40*											
4. 州及联邦法律	2.84	.52*	.87*	.46*										
5. 法院裁决（判例法）	2.98	.38*	.73*	.32	.14									
6. 州注册委员会	3.06	.30	.65*	.25	.22	.07								
7. APA 伦理原则	3.77	.41*	.06	.46*	.93*	.79*	.71							
8. APA 伦理委员会	3.47	.11	.24	.17	.63*	.49*	.42*	.29						
9. 州伦理委员会	3.17	.19	.54*	.14	.33*	.18	.11	.60*	.31					
10. 当地伦理委员会	2.95	.41*	.76*	.36*	.11	.04	.11	.82*	.53*	.22				
11. 已发表的研究	2.84	.52*	.87*	.46*	.00	.14	.22	.93*	.63*	.33*	.11			
12. 已发表的临床与理论工作	3.10	.26	.61*	.21	.26	.11	.04	.67*	.38*	.07	.15	.26		
13. 继续教育项目	3.25	.11	.46*	.06	.41*	.26	.19	.52*	.23	.08	.30	.41	.15	
14. 同事（非正规网络）	3.93	.57*	.22	.62*	1.09*	.94*	.87*	.16	.45*	.76*	.98*	1.09*	.83*	.68*

* $p < 0.01$，Scheffe 界定值（Scheffe criterion）

表6 与性别显著相关的题项（$p < 0.001$）

题项	方向	X^2	*df*
9. 拥抱来访者	女性居多	18.70	4
15. 告诉来访者："我在性方面受到了你的吸引"	男性居多	16.29	2
52. 让你的来访者以名字称呼你	女性居多	20.00	4
73. 将同性恋作为病态来对待	男性居多	19.26	4
75. 对某位来访者产生性幻想	男性居多	40.39	4
81. 直接唆使某人成为来访者	男性居多	11.24	1

行为与信念之间的关系

数据表明心理治疗师的行为大体上是与他们的道德伦理信念相一致的。这一推断是基于以下事实:除了4项例外,其他所有题项中,被调查者报告参与某一行为的频率均低于他们认为该行为符合道德伦理的频率。在4个例外中,有3个涉及保密性原则:“与朋友(实名地)讨论一个来访者”,“与朋友(匿名地)讨论来访者”,“无意中泄露了机密数据”。第4个例外则是“提供超出能力范围的服务”。

近乎普遍的行为

在83个题项中有7个题项,至少90%的被调查者都表示他们曾有过这样的行为,至少偶尔为之(见表3)。三种近乎普遍的行为中有两种都涉及对来访者的自我暴露:“将自我暴露作为一种治疗技术”,“告诉来访者你对他(她)感到愤怒”。因此,类似于极端“白板一块”式的治疗师,在心理治疗师中似乎异常罕见。

类似的,另一种治疗师典范——一个疏远的、近乎冷淡的权威形象,就如“白板”论一样起源于经典精神分析传统——在临床实践中并不多见。只有不到10%的被调查者表示他们从未“让来访者用名字直呼你”(如表6所示,坚持让来访者用姓称呼自己的治疗师大部分是男性)、从未“用名字直呼过你的来访者”、从未“从来访者手中接受过价值低于5美元的礼物”、从未“提出或接受来访者握手”。最后,只有9.2%的被调查者表示他们从来没有在性方面为来访者所吸引。这一发现可以和对APA第42分会(独立实践的心理治疗师)的调查相比,在后者中有13%表示他们从未在性方面为来访者所吸引(Pope, Keith-Spiegel, & Tabachnick, 1986)。

低频行为

令人感到惊讶的结果之一是仅有1.9%的被调查者报告说曾与来访者发生过性接触,只有2.6%报告说曾与来访者有过性方面的活动(可能有、也可能没有发生实际的接触)。在此之前,已有过3项全国范围内有关心理治疗师与其来访者之间性亲密的调查。荷罗伊德和布罗斯盖(Holroyd & Brodsky, 1977)报告说有7.7%的被调查者“对每一个有关治疗过程中的性接触行为或性交的问题做出了肯定的回答”。波普、勒温逊和斯歌温(Pope, Levenson, & Schover, 1979)发现,在他们的调查中有7%的治疗师报告曾与来访者发生过性接触。波普等(1986)报告有6.5%的被调查者承认曾与来访者有过性亲密行为。

很难解释当前的结果与前三次研究结果之间的差异。有可能是因为被调查者现在更不愿意承认一项在某些州是重罪的行为(即便是匿名调查也如此),也有可能这些结果仅仅反映了随机取样误差或回收率误差,而不是行为的改变。

然而,当前的研究结果可能确实表明了心理治疗师与来访者之间性亲密行为比例的下降。随着“医患性综合征”(Pope, 1985, 1986)、其他医患性亲密行为带来的严重后果(Bouhoutsos, Holroyd, Lerman, Forer, & Greenberg, 1983; Feldman-Summers & Jones, 1984, Pope & Bouhoutsos, 1986)以及与治疗师发生性行为的来访者生动的现身说法(Freeman & Roy, 1976; Plaisil, 1985; Walker & Young, 1986)越来越多地被公之于众,很可能使这一领域的心理治疗师明显地改变了他们的行为。所提出的那些帮助治疗师抑制与来访者性接触的临床策略,也可能在其中发挥了一定的作用

(Pope,待出版)。

其他一些关于性行为的题项——如将裸体作为治疗的一部分,或者为来访者提供替身性伴侣——的出现频率也很低。与被督导的治疗师发生性行为的报告频率仅为3.4%。这一数字与之前对APA第29分会会员的调查结果很接近,在那次调查中有4%的被调查者报告曾与被督导的治疗师有性亲密行为(Pope et al.,1979)。

未经必要的督导经验而帮助学生获得学位或资格证书的不诚实行为相对较少,报告的比例仅为8.1%。

许多低频行为涉及经济或生意行为,例如向来访者借钱、向来访者兜售商品、与来访者产生贸易往来,或给予来访者价值50美元以上的礼物。最不常见的行为是将来访者转诊到其他治疗师处而收费(0.6%)。心理治疗师们并没有出售他们的判断和影响力,这让人感到十分欣慰。

尽管有超过四分之一的被调查者(26.1%)会在报纸和类似媒体上做广告,但只有9.7%的人会直接唆使一个人成为自己的客户。如表6所示,男性比女性更容易发生此类行为。

几乎没有心理治疗师会粗暴地破坏他们与来访者之间的保密原则。然而有8.1%的人仍与朋友(实名地)讨论过某一来访者。

在酒精影响下进行治疗的比例也很低(5.9%)。

大部分心理治疗师当需要作出关于对孩子的监管决策时会仔细地与孩子面谈,尽管有8.9%的心理治疗师没有做到这一点。

治疗门槛的性别偏见十分罕见。报告只接受男性或女性来访者的心理治疗师只占了7.4%。

这些行为尽管罕见,但其中的一些行为——例如与朋友(实名地)谈论来访者或在酒精影响下进行治疗——很明显损害了来访者的权利和福利,因此需要更加强调职业操守。

困难的判断

我们将至少有20%被调查者认为"不知道/不确定"的行为定义为"困难的判断"。有12种行为在其伦理性方面被认为是困难的判断:"提供法律服务后额外收费""以物品(而非金钱)作为治疗报酬""为来访者提供替身性伴侣""所得工资为治疗收费的一个固定百分比""因害怕被起诉而不接受某些来访者""向来访者寄送节日祝福卡片""提出有关广播、电视节目的个人建议""对某一来访者产生性幻想""受来访者的性吸引""治疗记录上只写姓名、日期与费用""邀请来访者参加公开派对"以及"允许来访者大额赊账"。有意思的是,其中有三分之一的行为与经济问题直接相关,四分之一的问题与性问题相关。我们这一职业或许需要在这些领域制定实用的细则来加以规范。

话题领域

瑞德里奇和波普(Redlich & Pope,1980)提供了7条可用于有意义地整合伦理指南与实践中其他规范的原则的建议。如此便可以最大程度地有利于心理治疗师和精神病学家负责地进行医疗实践。这些原则是:(1)最重要的是——无创伤;(2)仅在能力范围内进行治疗;(3)无侵犯;(4)以人类应有的尊严对待来访者;

(5)坚持保密原则;(6)除非在极端情况下,否则只在得到书面同意书后才开始治疗;(7)尽可能在社会平等与公正的框架下进行治疗。前5条十分古老,在“希波克拉底誓言”中就被明确提及。第6、7条则源于现代,虽然体现了来访者的权利,但仍未被广泛接受。这7条原则构成了下面我们对于问卷项目讨论的大框架。

(1)无创伤

借钱给来访者 借钱给来访者(这一似乎既慷慨又助人的行为)对心理治疗职业有很大危害,有40.6%的问卷回答者视其为“明显不符合伦理规范”,38.8%的被调查者视其为“在大部分情况下不符合伦理规范”。尽管如此,仍有约四分之一的被调查者承认他们曾借钱给来访者(其中23.9%的被调查者称几乎没有借过,1.5%的被调查者称有时借过)。

伪造咨询时长 大多数被调查者(92.5%)认为伪造咨询时长(督导为被督导的咨询师签署督导下的咨询时长,译者注)是不符合伦理规范的。批量产生伪造咨询时长的研究生和注册治疗师可能会对将来的来访者造成巨大的伤害。

报告伦理相关的投诉 无创伤的另一种解读是,当同事违反伦理原则和实践规范时个体不能消极地保持沉默。一项令人倍感惊讶的发现是,只有四分之一的被调查者报告说他们曾经对某一同事进行过伦理方面的投诉。另有9.3%的被调查者报告说他们进行此类投诉的频率会更高一些。2.4%的被调查者认为对同事进行伦理投诉总是不道德的,11.8%的被调查者认为在大部分情况下对同事进行伦理投诉是不道德的。这一情况折射出APA在负责提升心理学这一职业的同时,还要监督管束其成员行为过程中所遇到的困难。更进一步,有效进行同行监督的可操作性步骤方面,还需要加大宣传力度(参见Keith-Spiegel & koocher,1985)。

有超过三分之一的被调查者曾经帮助某位来访者投诉过伦理问题(19.4%频率较低,11.6%频率较高)。6.4%的被调查者认为这一行为是不道德的,22.6%的被调查者认为这一行为在大部分情况下是不道德的,两方面累计百分率逾四分之一。尽管当前的《伦理原则》(APA,1981a)的原则7g提到了这一话题,《伦理原则》仍然需要对来访者带给心理治疗师的不道德行为的具体情境加以描述。

(2)仅在能力范围内进行治疗实践

提供能力范围外的服务 《心理治疗师的伦理原则》(APA,1981a)和《临床心理治疗师提供服务的特别纲要》(APA,1981b)都明确要求心理治疗师只能在已证明的专业知识范围内进行治疗实践。尽管如此,将近有四分之一的被调查者报告说他们曾在能力范围外进行过治疗实践(22.8%“很少”,1.8%“有时”)。

能力受损 心理学正越来越关注职业群体中的受损或抑郁状况(Kilburg, Nathan, & Thoreson,1986;Laliotis & Grayson,1985)。本次调查的结果也表明这些努力迫在眉睫。超过半数(59.6%)的被调查者承认他们曾在因抑郁而无法有效工作的情况下进行治疗实践(有的频率较低,有的则频率更高些)。大约15至20个人中就有一个被调查者(5.7%)承认曾经(极少数地)在酒后进行治疗实践。

实施测验的能力 在测量领域,某些看似高效而有用的捷径或创新性策略的效果对于另一些人来说则是令人怀疑的。那些支持让来访者把测验带回家完成的心理治疗师认为,这种方法更为简便且能让来访者在一个更为熟悉而不那么有压力的

环境中完成测验。对这种做法持反对意见的人认为心理治疗师应该监督这类测验的实施——例如为了防止来访者依赖朋友或家人关于如何填写问卷的建议。而且,批评者们认为如果测验的结果成为重要法律依据的话,那么届时心理治疗师将无法证实这些测验的反应结果是没有依靠朋友和家人而作出的。当前的研究表明,超过半数的被调查者都在不同程度上将此类测验给来访者带回家完成(27.0%"很少",24.3%"稍多一些")。这种行为被20.2%的被调查者看作是不道德的,被25.9%的被调查者看作是在大部分情况下不道德的。

尽管使用计算机化的心理测验解读备受指责(Matarazzo,1986),但APA似乎已接受了这种做法,因为在其发布的指导纲要中已经提到了此类做法(APA,1986a)。当前的发现表明大部分被调查者都曾提供过此类服务(21.7%"很少",26.2%"更多些")。很少有人认为这些做法是不道德的(2.0%)或在大部分情况下是不道德的(9.0%)。

有关儿童监护冲突的文献表明,良好的监护评估必须包含对双亲的访谈。例如,沙皮罗(Shapiro,1984)写道:"在任何情况下都不允许将一项仅仅依据冲突一方而形成的评估报告提交至法庭"(p.99)。约半数的被调查者认为没有进行访谈,双亲就进行监护评估是违反伦理道德的。仅有16.9%的被调查者报告说他们曾"很少地"做过此类行为,而另有7.5%的被调查者报告说他们进行此类行为的频率还要更高一些。

(3)无侵犯

性问题与身体接触 正如之前所提到的,与之前的三项对全国心理治疗师的研究相比,与病人的性接触及性行为比率在当前研究中显著降低。逾95%的被调查者认为这些行为是违反伦理道德的。

约半数的被调查者认为与过去的来访者发生性关系是违反伦理道德的(我们可以将这一数字与下面的数字相比较:有6.4%的被调查者认为与过去的来访者交朋友是违反伦理道德的)。这些观点是与不同关系可能带来的伤害(Pope & Bouhoutsos,1986)、与违规行为所带来的全局伤害和惩罚性伤害(性亲密只发生在治疗关系结束之后)(例如,Whitesell v. Green,1973)、与一项多年的有关州注册委员会和州伦理委员会判决的研究(Sell,Gottlieb, & Schoenfeld,1986)相一致。这项研究发现"那些声称曾在治疗关系结束之后才与来访者发生性关系的心理治疗师比那些无此声明的心理治疗师更容易被发现进行了违规行为"(p.504)。同时我们也注意到,投入了25 000美元的APA性亲密职业义务政策同时包含了与过去和当前来访者发生性关系。

对治疗过程中性接触的关注也引发了对非性接触的合法性及其后果的质疑(Geller,1980;Holroyd & Brodsky,1977,1980)。荷罗伊德和布罗斯盖(Holroyd & Brodsky,1980)指出"对于非性行为的拥抱、接吻和情感式接触与性接触之间的界限十分难以确定"(p.180)。在我们的研究中,约四分之一的被调查者报告他们曾与来访者接吻(低频者23.5%;高频者5.0%)。约半数被调查者认为这一行为是违规的,另有36.6%的被调查者认为在大部分情况下这种行为是违规的。

有44.5%的被调查者报告他们曾(极少量的)与来访者拥抱,另有41.7%的被调查者报告他们与来访者拥抱的频率会更高一些。极少(4.6%)有被调查者认为

这一行为是明显违规的，但有41.2%的被调查者认为这一行为只在少数情况下才符合伦理道德规范。

我们可以把前两类的研究结果和荷罗伊德和布罗斯盖(Holroyd & Brodsky, 1977)的报告相比较。在他们的研究中发现，27%的治疗师报告他们曾偶尔与异性来访者有过非性行为式的拥抱、接吻或情感式接触，有7%的治疗师报告他们发生此类行为的频率是"经常"或"总是"。

在我们的研究中，几乎所有的被调查者都曾发起或接受与来访者之间的握手行为，其中"少量的"占48.9%，"更高频率"的占48.2%。极少有被调查者认为这一行为是违规的。

正如之前所提到的那样，有近四分之一的被调查者认为对来访者使用替身性伴侣的行为很难界定是否违规。有略高于三分之一的被调查者认为这一行为是违规的，另有四分之一的被调查者认为仅在少数情况下这一行为才符合伦理规范。使用替身性伴侣的伦理性常常会受到挑战(Redlich, 1977)，不过至今为止APA伦理委员会还没有收到过使用替身性伴侣的相关投诉。

大多数(85.1%)被调查者认为与被督导的咨询师发生性亲密行为是违规的，这一结果与已发表的有关这一行为的研究分析结果是一致的(Pope & Bouhoutsos, 1986; Pope, Schover & Levenson, 1980)。

逾十分之一的被调查者认为仅仅"在性方面被来访者吸引"是违规的。另有约十分之一的被调查者认为在少数情况下有这种被吸引的感觉是符合伦理道德规范的。这些发现似乎与之前的一项调查结果相一致。在那次调查中发现，63%的被调查者报告说如果在性方面感到被来访者所吸引将会使他们感到内疚、焦虑或困惑(Pope et al., 1986)。

近半数(46.3%)被调查者曾"少量地"对来访者产生过性幻想，而另有四分之一(25.5%)被调查者报告说他们会更频繁地产生此类性幻想。这些数据可以与之前一项研究的结果相比较。在那项研究中，有28.7%的心理治疗师对"当与一个不是来访者的人发生性行为时，你是否曾产生过对你当前或过去的某一来访者的性幻想?"这一问题持肯定回答(Pope et al., 1986)。当前这项研究与之前的调查都发现，男性心理治疗师显著地更容易对来访者产生性幻想。这一性别差异与之前的研究结果相一致，波普(1982)发现男性在总体上比女性更频繁地产生性幻想。

经济问题　如此众多渴望获得心理治疗师帮助的来访者所具有的脆弱性、依赖性以及时而有之的困惑性要求我们在伦理上强烈反对经济剥削，并需要大量的研究来确定何种报酬方式对于治疗师和来访者都最好。但是直到20世纪70年代之前，这一话题的相关研究几乎为零。试图对心理治疗领域内的研究进行全方位收集、综述与评估的书籍(Bergin & Garfield, 1971; Rubinstein & Parloff, 1959; Shlien, 1968; Strupp & Luborsky, 1962)都没有引用有关报酬方式的研究。这使得本书一位作者评论道：

> 作为注脚，我想说如果一个火星人阅读了报道前两次心理治疗大会的书籍以及这次会议上的所有论文，他绝不会想到心理治疗会和钱有任何关系。这要么是因为治疗师认为经济问题并不值得研究，要么是这一话题已经成为了对心理治疗新的亵渎——我们可以更为自由地谈论性，却绝口不提钱(Colby, 1968, p. 539)。

明兹(Mintz,1971)因此将费用问题列为"禁忌话题"并提示"有一系列的有关付费问题的指导纲要阻止了治疗师太深入地探查心理治疗实践过程中经济方面的问题,以及这些问题对于治疗过程的实际影响"(p.3)。

在最近的15年中,诸如第三方支付的增加等因素开始将经济问题纳入人们的视野之中。正如本次研究结果所揭示的那样,心理治疗师已经发展出了一套对于他们工作的报酬方案中部分(但不可能是全部)方案可接受性的一致观点。逾半数的被调查者报告说他们曾为了满足保险要求而变更针对保险部分的诊断结果(其中低频者占26.5%,高频者占35.1%)。这一行为——在法律上可以被解读为保险欺诈——被略超过三分之一的被调查者视作违规行为。另有四分之一的被调查者认为这一行为在少数情况下是符合伦理规范的。这一普遍的行为——基于其法律后果以及治疗行为中的不诚实——需要在行业内进行公开的讨论。

对咨询约会缺席负责似乎对于所有心理治疗师来说都是可以接受的。在治疗过程中增长费用似乎也被广泛接受。《伦理原则》(APA,1981a)的"原则6d"部分强调了来访者必须提前了解治疗服务的经济方面的信息,而使他们有权利接受或拒绝这样的报酬方式。

约有半数(49.3%)的被调查者曾(至少是少量地)通过收费机构来收取补加费。只有5%的被调查者将此行为视作违规行为。

约三分之一(低频21.3%;高频10.9%)的被调查者曾对报酬的收取进行过法律诉讼。十分之一(10.1%)的被调查者视此为违规行为。了解下列信息对心理治疗师来说可能是有用的:当前APA的职业责任政策明确排除了"有关投保人任何的费用问题争端,包括但不限于投保人寻求或接受第三方的偿还"(American Home Assurance Company,undated,p.3)。此外,心理治疗师必须了解涉及第三方(例如收费机构,法庭)的收费,可能会对来访者的心理健康以及治疗中诸如隐私性与保密性等方面所产生的影响。

有23.3%的被调查者报告他们的工资是来访者费用的某一百分比——这一行为有时被称作"回扣"或"费用分摊"(Keith-Spiegel & Koocher,1985)。有12.1%的被调查者将此行为视作违规行为。这一题项是目前为止回答率最低的题项,这意味着许多被调查者可能并不确定这一问题的含义。

在另一领域,即法庭心理学中,心理治疗师可能会接受应急费用。标准教科书中明确表述了此类行为是不可接受的。"心理治疗师应当绝不接受依据案件结果而定的费用"(Blau,1984,p.336)。"专家证人在任何情况下都不应当接受基于应急费用的推荐人"(Shapiro,1984,p.95)。只有约15%的被调查者报告他们曾发生过此行为(低频者7.0%;高频者8.4%)。

以物换治疗服务的行为传统上被心理治疗职业视为一种双重关系,因而是违规的。APA伦理委员会在1982年2月18日至20日的会议上讨论了此问题,并正式通过了一项政策——"以物换治疗服务违反了原则6a"(APA,1982)。然而,约四分之一的被调查者报告说他们曾(至少是少量地)进行过此类行为。逾半数被调查者认为此行为是"违规行为"或"在大部分情况下是违规行为"。

其他双重关系 与来访者的性亲密行为以及以物换治疗服务都属于双重关系。然而,伦理原则6a(APA,1981a)也列出了其他必须避免的双重关系:"此类双重关系的例子包括但不限于:与员工、学生、被监督者、亲密朋友或亲属发生研究与治疗

关系"(p.636)。当前这项研究涉及了以下三个领域:与员工、学生/被监督者以及朋友发生治疗关系。最常见的双重关系涉及学生与被监督者(很少22.4%,8.6%更频繁),其次是朋友(很少25.2%,3.1%更频繁)以及员工(12.9%很少,2.7%更频繁)。

双重关系也可能在治疗开始时产生。比如治疗师与来访者之间发生了性接触。调查显示,与来访者(1.5%很少,0.4%更频繁)和过去的来访者(10.1%很少,2.4%更频繁)发生业务关系并不普遍。

做广告与招募来访者 目前,广告本身并不被认为违规,尽管直接招募来访者被认为有剥削嫌疑(Keith-Spiegel & Koocher,1985)。大约有四分之一的被调查者报告称他们曾在报纸和类似媒体上做过广告,其中13.2%频率较低,12.9%频率较高。不到10%的被调查者(通常是男性心理治疗师)会直接招募来访者。至少有三分之二的被调查者视此行为为违规行为。

(4)尊重来访者的人格尊严

在某种程度上,心理治疗的历史反映了对于如何才能最有效地表达尊重的探索之路。例如,汤普森(Thompson,1950)鉴于对反移情的怀疑而讨论了此类途径:

> 越来越多的人感觉到即便是一种真诚而客观的友好感也会被对方怀疑。结果,许多弗洛伊德的信徒变得害怕自然的表现,害怕显现出一个治疗师通常会从来访者那里感受到的友好与关注。在很多时候,出于对表现出反移情的恐惧,分析师的态度变得虚掩而做作了(p.107)。

在本研究中,我们发现许多阻隔治疗师产生简单自然的交流行为——如治疗师表现出他们的情绪——的屏障已经逐渐消退,尽管治疗师仍然对其中某些话题感到困惑。

被调查者中绝大多数与他们的来访者很熟,而且并不觉得这在伦理上有何问题。四分之三的被调查者曾参加过来访者的某次社交活动,例如婚礼,尽管只有大约三分之一会接受派对的邀请,大约有四分之一将接受派对邀请视为违规行为。约有同样比例的被调查者曾邀请来访者去过公共场所,但有略多于该比例的被调查者(28.9%)将此行为视为违规行为。

大多数被调查者(93.3%)会使用自我暴露技术。更具体的来看,过半数的被调查者会告诉来访者自己对他们很生气(89.7%)、会当着来访者的面哭泣(56.5%)以及会告诉来访者自己对他们感到很失望(51.9%)。在这些行为中质疑声最大的莫过于告诉来访者自己的失望之情:56.8%的被调查者将此视为"必然违规"或"在大部分情况下违规"的行为。

(5)维护保密性原则

为避免伤害而打破保密性原则 本研究的结果显示,心理治疗师们认为为了避免伤害而打破保密性原则是合理的。只有不到10%的被调查者会在涉及自杀、他杀或虐待儿童的案例中视此行为为违规行为。

数据同时显示这些情境对于心理治疗师来说是治疗中的常见举措:78.5%的被调查者报告说他们曾对有自杀倾向的来访者打破了保密性原则,62.2%的被调查者

对虐待儿童的来访者打破了保密性原则,58.1%的被调查者对有他杀倾向的来访者打破了保密性原则。

非正式或无意地打破保密性原则 约有四分之三的被调查者与朋友匿名谈论来访者。仅有8.1%的被调查者曾实名地与朋友谈论过来访者。令人惊讶的是,过半数(61.9%)的被调查者曾无意间泄露了保密资料。

无论是匿名还是实名,这种普遍的对保密信息的泄露行为值得我们关注。与朋友谈论来访者的信息似乎已经直接违反了原则5a:"在临床或咨询关系中所获得的信息,或涉及儿童、学生、员工或其他人的评价性信息只能为了职业性目的、并且只能与该案例直接有关的人进行讨论"(APA,1981a,p.636)。这一行为似乎也违反了《心理服务提供者指导大纲》:

> 心理治疗师不能泄露保密信息,除非获得对方或其法定代表、监护人以及其他有权代表来访者的人的书面许可,并且在此情况下心理治疗师必须帮助来访者理解这些信息的透露所可能带来的影响(APA,1987,p.21)。

公共心理学 当在大庭广众之下提供心理服务时,当然没有保密性可言。而通过广播、电视机等来提供个人建议则是个棘手的话题。超过五分之一的被调查者报告说他们并不知道或并不确定这样的行为是否符合道德伦理规范。《伦理原则》(APA,1981a,p.635)通过以下陈述似乎已经表明了这种提供建议的行为本身并不违规:

> 当个人建议通过公共讲座或演示、报纸或杂志文章、广播或电视节目、邮件或其他类似媒体来提供时,心理治疗师必须利用最新的相关数据、以最高的水准来进行职业判断。

令人惊讶的是,有超过四分之一的被调查者报告说他们曾在媒体上或多(18.6%)或少(10.9%)地提供过此类建议。

(6)只在知情同意后行动

在未获得父母知情同意的情况下治疗孩子 许多心理治疗师面临的一个主要伦理与法律两难困境是,当来访者并没有足够权利来提供治疗的知情同意时发生的(Koocher,1976;Melton,1981;Morrison,Morrison, & Holdridge-Crane,1979;Olotkin,1981)。有超过四分之一的被调查者或多(22.4%)或少(6.4%)地认为可以在未获得父母知情同意的情况下治疗孩子。超过半数的被调查者认为这类治疗是符合伦理规范的(23.5%)或在大部分情况下符合伦理规范(45:6%)。

限制数据的获取 来访者应当有权获得与他们有关的评估与治疗的全部数据吗?一方面,来访者情况数据的获得,可能对于来访者是否开始或继续治疗的决定提供了重要的信息。例如,如果来访者没有被如实告知诊断情况,那么对他们来说就很难在不了解究竟需要治疗什么的情况下判断自己是否想要接受治疗。另一方面,心理治疗师们却感到某些专业术语或原始数据可能会加重来访者的病情。

约有五分之一的被调查者相信,拒绝告知诊断结果是违规的(21.5%),拒绝告知测试报告也是违规的(21.7%)。另有14.5%的被调查者认为拒绝来访者阅读他们的图表记录是违规的,12.1%的被调查者认为拒绝来访者获取原始测试数据是违规的。约半数被调查者曾拒绝过他们的来访者获取诊断结果(48.0%)、获取测试

报告(49.6%)、获取图表记录(55.5%)或者获取原始测试数据(57.4%)。

根据图表中所包含的信息量,对图表记录的获取可能会有不同的意义和功用。超过半数(50.9%)的被调查者承认他们至少曾有过将治疗记录仅仅局限于姓名、日期和费用的情况。《心理服务提供者指导大纲》(APA,1987)要求"关键的心理服务记录必须做到精确性、时效性以及相关性"(p. 19)。缺乏对测试、干预以及来访者对干预的反应这些信息的充分记录,会导致由于缺少足够的关注而产生的误诊。以下是一项法庭陈述:

> 州政府所保存的该医院记录与以往我们所检视过的记录一样不充分。我们(法庭)发现……这一纪录的不完整导致无法对来访者进行恰当与充分的精神及普通护理……因此,基于一所医院应当为后续治疗而记录信息的程度来看,这一现象导致了原告接受了不充分的治疗……这一纪录是如此不充分以至于一个外行人都能看得出来(Whitree v. State,1986,p. 487)。

违背来访者意愿的干预 心理治疗师们所面临的最为困难和痛苦的抉择是在何种情况下才能放弃知情同意原则。在一个极具争议性的领域,即强制住院中,心理治疗师们就面临着这样的困境。超过半数的被调查者曾或多(42.1%)或少(20.2%)地采用过强制住院手段。仅有不到5%的被调查者视此为违规行为。

对于心理治疗师来说,是否接受来访者自杀的决定也是一个困难而痛苦的两难处境。一些心理治疗师认为对来访者在这种情况下是否接受或拒绝治疗的知情同意原则必须绝对保持(Szasz,1986)。只有约五分之一的被调查者曾或多(16.4%)或少(4.1%)地接受过来访者自杀的决定。近半数的被调查者(45.2%)认为这是违规的,另有36.6%的被调查者认为这在大部分情况下是违规的。

(7)促进平等与公正

同性恋 心理治疗职业在消除对同性恋的偏见与病理化方面的斗争是一个长久、艰巨而仍未完成的过程(Baer,1981;Malyon,1986a,1986b)。略高于五分之一的被调查者报告说他们或多(12.7%)或少(10.8%)会将同性恋本身作为病理性特征来对待。然而,也有超过半数的被调查者(55.7%)将此行为视作违规行为。

来访者的性别 对于心理治疗师来说,治疗实践的决策在某种程度上还取决于对潜在来访者性别、种族以及宗教等方面区别对待的程度。一方面,区别对待(discriminate)这一术语在传统意义上来说是贬义的。另一方面,心理治疗师也希望能够对来访者提供个性化的治疗实践,而这种个性化的基础部分建立于来访者的性别、种族以及宗教特征。不到10%的被调查者曾或多(3.7%)或少(3.7%)地涉及过此类行为。

经济屏障 对那些没有充足资金保障的来访者,在何种程度上才能拒绝他们所需要的心理服务呢?自从弗洛伊德(1913/1958)的陈述"如果没有费用支付的调节作用的话治疗会更加痛苦"(pp. 131-132)之后,人们就一直在强烈呼吁治疗收费的必要性(e. g. ,Davids,1964;Kubie,1950;Menninger,1961)。这些论断是没有实证支撑的,因为系统的研究发现,一般情况下,费用不会对治疗效果产生影响,缺乏或降低治疗费用也不会对治疗本身造成损害(Balch,Ireland, & Lewis,1977;Pope,Geller, & Wilkinson,1975;Turkington,1984)。

近半数(47.4%)被调查者报告说他们曾少量提供过免费治疗，另有18.7%的被调查者报告说他们曾更多地提供过免费治疗。过半数的被调查者曾或多(36.2%)或少(25.7%)地由于来访者无法支付费用而终止治疗。这种由于非"治疗性"原因而终止治疗的行为可能造成法律后果而使得心理治疗师以"抛弃"罪名被指控。

害怕被诉 有没有可能由于某些来访者的情况使得治疗师担心被诉而终止治疗？我们的被调查者或多(30.3%)或少(15.6%)地承认有过由于害怕被诉而避免某些来访者的行为。不到10%的被调查者视此为违规行为。

规范心理学实践的资源

有意思的是，人们认为最有效的指导资源来自于同事间的非正式网络，但令人振奋的是，《伦理原则》和APA伦理委员会也被认作具有高度价值的资源。州与当地伦理委员会所获得的评价则要显著低得多，这一事实告诉我们，如果州与当地的组织想要被心理治疗师视为有价值的资源的话，他们可能需要在工作上投入更多的时间、资金以及进行更多的项目规划和评估。

鉴于心理学的实证学科身份(Singer,1980)，心理学伦理方面所发表的研究所获得的低评分是令人担忧的。这很有可能是由于研究太少关注实践中对心理治疗师有用的伦理问题与伦理标准所导致的。

结 论

由于缺乏心理治疗师的行为以及这些行为与伦理标准之间关系的全方位常模数据，使得心理治疗师没有适合的大纲来指导他们的选择(Rosenbaum,1982)。总的来说，伦理问题在专业文献中相对缺乏。例如巴迪克(Baldick,1980)回顾了250份心理治疗以及心理咨询的文本，发现其中仅有2.8%讨论了实践中遇到的伦理问题。

我们的这些研究数据对于制定正式心理学标准(APA,1973,1981a,1981b,1986,1987a,1987b;Standard,1985)以及APA伦理委员会的商议过程也有用处。在这个责任日益加剧的时代，我们心理治疗师所遵循的负责行为的依据便是APA伦理委员会。尽管委员会参与各种各样的任务，但其中一项主要活动是试图解决对APA会员的投诉。如果委员会能够以敏锐、公正以及博学的方式来裁决这些投诉，并为投诉者呈现一套合法的责任制度，那么将会有以下四个结果产生：

首先，投诉者会相信他们所投诉的行为已经得到纠正或者至少已经被严肃处理了。心理治疗师与投诉者、来访者或同事之间的关系将会建立在一个更为积极、建设性的水平上。至少，那些被某个心理治疗师的违规行为所伤害的投诉者能够感到他们的投诉被倾听和尊重了。第二，心理治疗师与投诉者之间在未来违规行为以及伤害方面将处于更低的风险之中。第三，我们职业的正直性得到了巩固。第四，如果我们的职业能够呈现出一套良好的责任追查体制，那么这些投诉将不会被诉诸于外部机构，如法庭与立法机关，因为这些机构往往不擅于对此类事件的检察。

心理学的正直性在很大程度上取决于我们——既作为一门学科与职业，也作为个人——能否规范我们自身的行为。我们对行之有效而符合伦理道德的规范，又取决于我们对于研究自身行为以及关于这些行为的信念之意愿。

参考文献

American Home Assurance Company undated *Psychologists' professional liability policy* [Insurance policy]. New York: Author.

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1973). Guidelines for psychologists conducting growth groups. *American Psychologist*, *28*, 933.

American Psychological Association. (1981a). *Ethical principles of psychologists* (rev. ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1981b). *Specialty guidelines for the delivery of services by clinical psychologists.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1985). *Directory of the American Psychological Association.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1986). *Guidelines for computer-based tests and interpretations.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1987a). Guidelines for conditions of employment of psychologists. *American Psychologist*, *42*, 712-723.

American Psychological Association. (1987b). General guidelines for providers of psychological serwices. *American Psychologist*, *42*, 724-729.

American Psychological Association, Ethics Committee. (1982, February 18-20), *Policy statement.* Statement presented at the meeting of the Ethics Committee of the American Psychological Association, Washington, DC.

Baer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry.* New York: Basic Books.

Balch, P., Ireland, J. F., & Lewis, S. B. (1977). Fees and therapy: Relation of source of payment to course of therapy at a community mental health center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *45*, 504.

Baldick, T. L. (1980). Ethical discrimination ability of intern psychologists: A function of training in ethics. *Professional Psychology*, *11*, 276-282.

Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.). (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* New York: Wiley.

Blau, T. H. (1984). *The psychologist as expert witness.* New York: Wiley Interscience.

Bouhoutsos, J. C., Holroyd, J., Lerman, H., Forer, B. R., & Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*, 185-196.

Colby, K. (1968). Commentary: Report to plenary session on psychopharmacology in relation to psychotherapy. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 536-540). Washington, DC: American Psychological Association.

Davids, A. (1964). The relationship of cognitive-dissonance theory to an aspect of psychotherapeutic practice. *American Psycholoeist. 19*, 329-332.

Dörken, H., Stapp, J., &. VandenBos, G. R. (1986). Licensed psychologists: A decade of major growth, in H. Dörken (Ed.), *Professional psychology in transition* (pp. 3-19). San Francisco: Jossey-Bass.

Feldman-Summers, S., & Jones, G. (1984). Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 1054-1061.

Freeman, L., & Roy, J. (1976). *Betrayal.* New York: Stein & Day.

Freud, S. (1958). Further recommendations in the technique of psychoanalysis: On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12). London: Hogarth Press. (Original work published 1913)

Geller, J. D. (1980). The body, expressive movement, and physical contact in psychotherapy. In J. L. Singer & K. S. Pope (Eds.), *The power of human imagination: New methods in psychotherapy* (pp. 347-378). New York: Plenum.

Holroyd, J. C., & Brodsky, A. M. (1977) Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American Psychologist*, *32*, 843-849.

Holroyd, J. C., & Brodsky, A. M. (1980). Does

touching patients lead to sexual intercourse? *Professional Psychology*,*11*,807-811.

Keith-Spiegel, P. C.,. & Koocher, G. (1985). *Ethics in psychology: Professional standards and cases.* New York: Random House.

Kilburg, R. R., Nathan, P. E., & Thoreson, R. (1986). *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Koocher, G. P. (Ed.). (1976). *Children's rights and the mental health professions.* New York: Wiley.

Kubie, L. S. (1950). *Practical and theoretical aspects of psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

Laliotis, D., & Grayson, J. (1985). Psychologist heal thyself: What is available for the impaired psychologist? *American Psychologist*,*40*,84-96.

Malyon, A. K. (1986a). *Brief follow-up to June 24, 1986 meeting with the American Psychiatric Association work group to revise DSM-Ⅲ.* Unpublished manuscript.

Malyon, A. K. (1986b). *Presentation to the American Psychiatric Association work group to revise DSM-Ⅲ.* Unpublished manuscript.

Matarazzo, J. D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvalidated plus all mean and no sigma. *American Psychologist*,*41*,14-24.

Melton, G. B. (1981). Effects of a state law permitting minors to consent to psychotherapy. *Professional Psychology*, *12*,647-654.

Menninger, K. (1961). *Theory of psychoanalytic technique.* New York: Science Editions.

Mintz, N. L. (1971). Patient fees and psychotherapeutic transactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,*36*,1-8.

Morrison, K. L., Morrison, J. K., & Holdridge-Crane, S. (1979). The child's right to give informed consent to psychiatric treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *8*,43-47.

Plaisil, E. (1985). *Therapist.* New York: St. Martin's/Marek.

Plotkin, R. (1981). When rights collide: Parents, children, and consent to treatment. *Journal of Pediatric Psychology*,*6*,121-130.

Pope, K. S. (1982). *Implications of fantasy and imagination for mental health: Theory, research, and interventions* (Report commissioned by the National Institute of Mental Health, Order No. 82M024784505D). Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

Pope, K. S. (1985, August). *Diagnosis and treatment of Therapist-Patient Sex Syndrome.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Pope, K. S. (1986, May). *Therapist-Patient Sex Syndrome: Research findings.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.

Pope, K. S. (in press). Preventing therapist-patient sexual intimacy: Therapy for a therapist at risk. *Professional Psychology: Research and Practice.*

Pope, K. S., & Bouhoutsos, J. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients.* New York: Praeger.

Pope, K. S., Geller, J. D., & Wilkinson, L. (1975). Fee assessment and outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*,835-841.

Pope, K. S., Keith-Spiegel, P. C., & Tabachnick, B. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, *41*, 147-158.

Pope, K. S., Levenson, H., & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychology training: Results and implications of a national survey. *American Psychologist*,*34*,682-689.

Pope, K. S., Schover, L. S., & Levenson, H. (1980). Sexual behavior between clinical supervisors and trainees: Implications for standards of professional practice. *Professional Psychology*,*11*,157 162.

Redlich, F. C. (1977). The ethics of sex therapy. In W. H. Masters, V. E. Johnson, & R. D. Kolodny (Eds.), *Ethical issues in sex therapy and research* (pp. 143-157). Boston: Little, Brown.

Redlich, F. C.,. &. Pope, K. S. (1980). Ethics of mental health training. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*,709-714.

Rosenbaum, M. (Ed.). (1982). *Ethics and values in psychotherapy.* New York: Free Press.

Rubinstein, E. A., & Parloff, M. B. (Eds.).

(1959). *Research in psychotherapy.* Washington, DC: National.

Sell, J. M., Gottlieb, M. C., & Schoenfeld, L. (1986). Ethical considerations of social/romantic relationships with present and former clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*, 504-508.

Shapiro, D. L. (1984). *Psychological evaluation and expert testimony: A practical guide to forensic work.* New York: Van Nostrand.

Shlien, J. M. (Ed.). (1968). *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association.

Singer, J. L. (1980). The scientific basis of psychothera-peutic practice: A question of values and ethics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *17*, 372-383.

Stapp, J., Tucker, A., & VandenBos, G. R. (1985). Census of psychological personnel: 1983. *American Psychologist*, *40*, 1317-1351.

Strupp, H. H., & Luborsky, L. (Eds.) (1962). *Research in psychotherapy* (Vol. 2). Baltimore,. MD: French-Bray.

Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist*, *41*, 806-812.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1983). *Using multivariate statistics.* New York: Harper & Row.

Thompson, C. (1950). *Psychoanalysis: Evolution and development.* New York: Hermitage House.

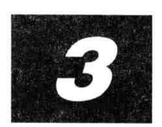
Turkington, C. (1984, April). Austin study questions tenet that free therapy lacks value. *APA Monitor*, p. 6.

Walker, E., & Young, T. D. (1986). *A killing cure.* New York: Henry Holt.

Whitesell v. Green, No. 38745 (Dist Ct. Hawaii filed November 19, 1973).

Whitree v. State (1968). 290 N. Y. S. 2nd 486.

儿童临床心理学实践中的伦理困境



⊙卡罗勒.I.曼汉,迈克尔·桑西里奥,苏珊·菲利普斯-尤娜斯,
唐纳德·布鲁切尔,彼德·索默尔斯,乔安妮·法赛斯,弗里德·尼诺鲁沃
(Carole I. Mannheim,Michael Sancilio,Susan Phipps-Yonas,
Donald Brunnquell,Peter Somers,Georganne Farseth,and Fred Ninonuevo)

你可能遇到过这样的情景。1991 年的《明尼苏达星报》上刊登了一篇文章,文中提到一名注册心理治疗师被明尼苏达心理学委员会处分了,原因包括她在治疗期间带一名学龄前来访者去洗手间,她与一名少年来访者在医院的食堂里吃晚饭(导致这名来访者错过了治疗后的公共汽车而不得不再等一个小时)。许多儿童临床心理治疗师对此表示震惊,很疑惑为什么这样的行为也有问题,这些行为可远非违规行为啊。人们越来越担心州委员会是否对于与儿童及青少年打交道的心理治疗师所遇到的问题过于敏感。尽管从理论层面上来讲,发展因素会影响对来访者的评估与干预类型这一事实是显然的,但这并不意味着那些纯粹与成人打交道的专家就能够理解儿童临床心理治疗师所遇到的难处……

……

明尼苏达儿童心理治疗师调查

该调查的量表由明尼苏达儿童心理治疗师伦理与实践标准委员会制作。

某些题项制作了平行测试以便对某一特定行为的伦理适宜性进行跨发展水平的比较(即在学龄前、学龄期、青春期以及/或成年期之间进行对比)……我们在最终的调查问卷中包含了 33 项行为题项,其中 22 项有平行测试题,最终共有 76 个题项。

为了便于呈现数据,我们把 76 个项目分为四组,这四组分别是(具体题项见附录):

(1)边缘性临床问题,这些行为并不是临床干预本身的一部分,但是可能会偶然地发生于临床干预背景下。

(2)职业关系问题,涉及与多重来访者家庭治疗时的两难处境,以及与当前和过去来访者之间潜在的双重关系。

(3)保密问题。

(4)法律问题,涉及对单独来访的儿童或青少年的监禁以及其他安置问题。

每一个项目都需要被调查者在两行五点里克特量表上评分。第一个量表名为

"我的行为",它测量的是每一行为的发生率。在这里被调查者需要确认他们个人曾涉及该行为的频率(从不、很少、有时、常常、经常以及不适用)。第二个量表名为"伦理适宜性",它是用来询问被调查者"对这一行为的伦理性的判断",无论自己是否做过这一行为。例如,你可能有习惯从来不和来访者握手,但是如果另一个治疗师这样做你也可能并不将此视作违规行为。这一量表的回答选项包括:毫无疑问违规,在少数情况下符合规范,在某些情况下符合规范,在很多情况下符合规范,以及毫无疑问符合规范。最后一个选项是"不知道/不确定"。

在这项研究中,我们调查了对于伦理适宜性的评分中概括出的三类伦理两难情境:

(1)个人不确定性。指被调查者个人无法决定该行为是否符合伦理适宜性的程度,其操作性定义为对每一题项"不知道/不确定"回答的百分比。

(2)群体变异性。反映了提供关于某一行为伦理适宜性观点的被调查者之间共识或争议的程度。操作性定义为某一题项评分的标准差和评分分布的形状(Kurtosis)。

(3)情境变异性。指某一行为的伦理适宜性取决于该行为发生的特定环境。操作性定义为对于某一特定行为,情境变量对于评分的影响大小。

被调查者来自于以下两方面:(a)明尼苏达州心理学委员会的注册心理治疗师花名册;(b)明尼苏达家庭、儿童、学习部特殊教育分部的学校心理治疗师花名册。在寄出的1 068份调查问卷中,我们回收了354份(33%)。回答评分在注册心理治疗师和学校心理治疗师之间对等。

调查结果

尽管数据库十分庞大以及可能的分析途径十分多样,本文仍将注意焦点局限于一般趋势、发展比较以及伦理两难困境中……

边缘性临床问题

当我们将这一类别中的伦理评分与来访者的发展水平进行比较时,我们发现所有题项都具有显著的年龄分级现象,其中题项1和题项2在所有年龄组中都呈现出显著的差异。无论该行为涉及接受一次拥抱还是参加来访者生活中的一次活动,来访者越年轻,该行为受到的积极伦理评分就越多,消极评分就越少。

这一组题项中的个人不确定性占了所有题项的6.8%,低于该指标在其他题项组中的比例,但也不完全如此:只有3.5%~4.4%的被调查者不确定接受来访者的拥抱是否恰当,当情景换成帮助学龄前儿童上厕所时这一比例上升至17.1%。伦理不确定性与来访者的发展水平并无相关(除了在限制失控来访者行为这种情况下)。在这种情况下,McNemar测试显示限制青少年(相比于学龄期儿童)来访者损坏财物的不确定性($p=0.02$)要稍大一些。

尽管被调查者对于此类别行为的伦理适宜性相对较有信心,但在四大内容组别

中,群体共识度在这组中是最脆弱的。最容易激发伦理争议的行为包括限制年轻来访者的行为(题项 2a、2b 和 3c)与护送学龄前儿童去洗手间(题项 8a)。

情境考虑(由居中选项"在某些情况下可以"决定)在本研究的所有 76 种行为中占据了显要的 46% 的比例。在边缘性临床问题方面,41% 的受评分行为得到了这一评价,其中包括接受来访者的拥抱(题项 1a、1b),限制失控来访者的行为(题项 2a ~ 2c),给来访者以特殊的食品奖励(题项 4a),从儿童来访者那里购买东西(题项 6a)以及送给儿童来访者礼物(题项 7a)。

职业关系问题

在这一类别中,我们着重关注多重来访者家庭以及其他潜在的来访者冲突,在上一类别中出现的年龄分级评分现象在本类别的所有题项中再次出现。

这一题项组中的个人不确定性占了所有题项的 9.5%。被调查者对于与之前的来访者或其家长的社会关系(题项 15a ~ 15c),以及接受那些与心理治疗师有间接社会关系的儿童来访者(题项 14a ~ 14c,"不知道"的比例为 2.4 ~ 5.3)适宜性的不确定性最低。最大的不确定性(15.0% ~ 16.2%)存在于接受一个已在其他场合下形成职业关系的来访者,当已给家庭中一个成员进行个体治疗时,再同时增加家庭治疗以及给已进行家庭治疗的其中某一个体再增加个体治疗。尽管总的来说,这一类别中的不确定性并不与来访者的发展水平有关,但是相比于给一个当前儿童或青少年来访者的兄弟姐妹做诊断性测验而言,有更多的被调查者对给一个当前儿童或青少年来访者的的父母做诊断性测验的伦理适宜性更为不确定……

在这一类别中,伦理信心度与共识有了更好的一致性。全体被调查者对于与之前的来访者或与当前来访者的父母产生社会关系的伦理非适宜性,达成了较为一致的共识……

此类别中有 27 个题项被认为考虑情境是至关重要的,而在被调查者评估与来访者父母或之前的来访者产生社会关系方面,情境的作用微乎其微。

保密问题

在此类题项中再次出现了年龄分级现象;评分差异意味着被调查者认为在伦理上,保护青少年的隐私比保护更为年幼的来访者来得重要。

在这一类别的行为中,不确定性最低的(3.2% ~ 6.5%)是关于对年幼来访者拒绝的行为。不确定性最高的行为仍在之前一直保持纪录的两个问题上:对家庭治疗中的每一个参与者保持个人档案记录(题项 26;20.9%)以及在儿童临床记录中归入父母测试数据(题项 23;18.8%)。发展水平对伦理不确定性没有影响。

群体共识与争议在此类别中涉面甚广。这一类别中有 4 种行为的回答变异最高:在儿童临床记录中归入父母测试数据;拒绝让父母了解治疗过程的内容(当这样做被认为对来访者最好时);在告知儿童但未取得儿童的同意时告诉父母治疗过程的内容;在取得签名同意后,与一位在对家庭中另一成员进行治疗的同事交流该来访者的信息。其他类似内容的题项也产生了相对较高的标准差分布,意味着这些

行为也有潜在的高争议性。有两种行为产生了相对较低的评分差异,它们涉及向父母报告儿童来访者的危险行为(题项 18a 和 18b)。

这一类别中几乎没有行为让被调查者觉得情境因素对伦理适宜性有任何影响。在 20 种行为中只有 5 种行为产生了中等程度的情境依赖性。它们包括向父母报告反社会行为,赞同儿童提出的不向父母泄露信息的请求,与同事交换来访者家庭成员以及在儿童临床记录中归入父母数据(题项 18c、19b、20b、21b 和 22)。

法律问题

这一类别的行为引发了被调查者最高程度的不确定性,平均占据了 17.6% 的此类别中的题项。

法律问题的题项同时也引发了群体关于伦理适宜性的五组最高程度的一致性。这些题项包括:没有试图进行全方位了解而进行监禁评估(题项 32a、32b 和 32c)和没有试图进行全方位了解而建议回访和家庭重聚(题项 33a 和 33b)。

在这一类别的 7 个行为中只有两个行为产生了中等程度的情境依赖性(题项 24 和 25)。其他 5 个行为只产生了全问卷最低的情境依赖性,这说明大多数被调查者认为法律问题的伦理适宜性相对来说是不会随着情境的变化而受到影响的。

研究意义

你是否曾意识到你周围大部分同事都报告说,会不顾年幼来访者的反对而向父母报告危险行为或自己的受害行为,但是在实际中,却不会在未取得儿童同意或不通知儿童的情况下向父母报告来访者的倾诉呢?这些关于常规标准的知识,正如波普等(1987)在 15 年前所述,对于心理治疗师是否能够规范他们自身的职业行为是至关重要的。研究者们指责缺乏可以指导决策制定的综合数据,并呼吁在此方面做进一步的研究。尽管当前这项研究回应了那次呼吁,研究结果却说明自从那第一次破天荒的调查以来似乎情形并没有什么变化,至今为止同行的实际行为仍然千差万别。除了极个别外,大部分参与调查的心理治疗师多多少少都曾实施过调查问卷中的行为。尽管如此,某些行为(与成年来访者一起吃饭或给予奖励;与之前的儿童来访者或其家长保持社会交往)似乎仍相对较少;其他行为(否决儿童反对将信息报告给父母,如前所述)似乎十分常见。尽管频率数据能够帮助实践者确定哪些属于标准行为,这些数据对于告知实践者他们应当做什么和不应当做什么却帮助甚少。

在对伦理适宜性的评分方面,尽管在这里他们的判断依据并不是非此即彼,特别是在边缘性行为和职业关系行为方面,被调查者似乎都认为它们的情境依赖性非常强。确实,被调查的近半数行为在被调查者看来都具有情景依赖性。

研究发现一个特殊的情境因素,即来访者的发展水平对于给定行为的伦理适宜性影响甚大。在所有与此因素有关的三类行为中,虽然影响大小各不相同,但影响都是存在的。大体来说,来访者越年轻,则在评估特定行为的伦理适宜性时标准越

宽大……

鉴于这些数据，从发展的角度来看，僵化地要求儿童治疗师与成人治疗师在心中持有相同的伦理标准是不妥当的。当判断保密问题和法律问题相关行为的伦理适宜性时，情境的影响之所以较小，可能是因为与此相关的联邦和州的各种规章制度和机构政策都十分丰富的缘故……

既然这些伦理问题的情境与条件如此不稳定，毫无疑问一位普通的执业者在日常治疗的伦理抉择中很容易会犯糊涂或缺乏信心。有意思的是在这次调查中，除了法律行为外，共识与争议并不与个体伦理不确定性相关。然而，调查所呈现的关系却是与我们的直觉相反的。那些有最高共识度的法律行为也产生了最高的伦理不确定性。这可能是因为一个人的能力局限在犯罪行为领域更显突出，因为在这一领域中，执业者在外部审查的压力下已经发展出了相对明晰的标准。这样，一个执业者就更可能意识到某一标准的存在，即便这一标准的细则其本人从未牢固掌握过。

在本研究中所指称的个体不确定性（由“不知道/不确定”来表达）在其他研究者那里（Pope et al.，1987；Tabachnick et al.，1991）称为“艰难的判断”。然而需要指出的是，本研究所报告的百分比可能会低估个人实际的不确定性水平，因为这一数字仅仅反映了那些没有提供正面或负面评分的被调查者中的一部分。另有一部分被调查者（在所有题项中占了 4.4% ~13.8%，平均为 8.3%）没有做出任何回答。看起来似乎许多（如果不是大部分的话）这样的回答也反映着不确定性。这两个部分的相关为 0.61，这说明它们之间重合很大……

尽管对我们数据的概括性需要保持谨慎的态度，这一研究仍然是我们进一步细化和标准化职业规范的过程中迈出的重要一步，这样它们才能更有效地指导心理治疗师的行为，并为那些被赋予信任而有责任对本职业高瞻远瞩的心理治疗师提供指导。调查结果尤其突出了心理治疗师要关注可能会影响特定行为或关系的伦理适宜性的情境因素。数据也进一步说明心理治疗师可能需要制定针对在特定情境下面临的不同类型行为的不同标准方案。例如，本研究所展示的年龄分级现象就说明我们不能用按照成年来访者制定的标准直接运用于儿童来访者身上。服务于儿童及青少年的心理治疗师可能需要建构一套独立的伦理标准，这套标准既符合一般的伦理原则，又在现实上更关注他们服务对象的独特之处。由于伦理两难困境及不确定性在群体特殊性标准中仍将存在，因此心理治疗师同时也需要意识到实证数据绝不能用来完全取代专业决策过程。对于将来的几代心理治疗师来说，要将我们所构想的标准成功应用于日常工作中，依然是一项复杂而激动人心的挑战。

参考文献

Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, *42*, 993-1006.

Tabachnick, B. G., Keith-Spiegel, P., & Pope, K. S. (1991). Ethics of teaching: Beliefs and behaviors of psychologists as educators. *American Psychologist*, *46*, 506-515.

附录:分组的调查题项

边缘性临床问题

1. 我会接受来访者的拥抱,如果他们是:
   a. 学龄前儿童
   b. 学龄儿童
   c. 青少年
   d. 成年人
2. 我会阻拦损毁财物的发怒来访者,如果他们是:
   a. 学龄前儿童
   b. 学龄儿童
   c. 青少年
3. 我会阻拦那些有可能伤害自己或他人的发怒来访者,如果他们是:
   a. 学龄前儿童
   b. 学龄儿童
   c. 青少年
4. 我会在治疗时间内带来访者出去吃饭或提供其他奖励,如果他们是:
   a. 儿童/青少年
   b. 成年人
5. 我会接受来访者的户外活动邀请(例如学校戏剧表演、朗诵会、毕业典礼、婚礼等),如果他们是:
   a. 儿童/青少年
   b. 成年人
6. 我会从来访者那里购买物品(例如饼干、门票等),如果他们是:
   a. 儿童/青少年
   b. 成年人
7. 我会在特定场合下给来访者礼物(例如治疗结束时),如果他们是:
   a. 儿童/青少年
   b. 成年人
8. 我会护送来访者去洗手间,如果他们是:
   a. 学龄前儿童
   b. 学龄儿童
   c. 青少年
9. 我会帮助学龄前的门诊来访者上厕所。

职业关系问题

10. 我会将一个当前儿童或青少年来访者的________作为一个单独的来访者进行个体治疗:

a. 兄弟姐妹

b. 父母

c. 其他亲戚

d. 亲密的私人朋友

11. 我会将一个当前的成年来访者的________作为一个单独的来访者进行个体治疗：

a. 孩子

b. 配偶或伴侣

c. 亲属

d. 亲密的私人朋友

12. 我会将一个当前儿童或青少年来访者的________作为一个单独的来访者进行诊断性评估：

a. 兄弟姐妹

b. 父母

c. 其他亲戚

d. 亲密的私人朋友

13. 我会将一个当前的成年来访者的________作为一个单独的来访者进行诊断性评估：

a. 孩子

b. 配偶或伴侣

c. 亲属

d. 亲密的私人朋友

14. 我会接受符合下述条件的儿童作为来访者：

a. 私人朋友的孩子

b. 与我时常有接触的同事的孩子

c. 与我孩子同一个学校、教区等的孩子

15. 我会和________发起或维持社会关系：

a. 之前的来访者

b. 当前儿童来访者的家长

c. 之前儿童来访者的家长

27. 当我已经和某家庭中的一个儿童或青少年有治疗关系时，我会同意对该家庭进行家庭治疗。

28. 当我已经和某家庭中的一个成年人有治疗关系时，我会同意对该家庭进行家庭治疗。

29. 当我已经对某个家庭进行家庭治疗时，我会同意对该家庭中的一个儿童或青少年进行个体治疗。

30. 当我已经对某个家庭进行家庭治疗时，我会同意对该家庭中的一个成年人进行个体治疗。

31. 我会接受一名来访者作为病人，而这位病人之前与我在另一个工作场合中有过职业接触（全职或兼职咨询等）。

保密问题

16. 当儿童的父母或法律监护人要求时，我会把儿童来访者的个人治疗信息泄露出来：
    a. 不告知儿童或征求儿童的同意
    b. 会告知儿童但不会征求儿童的同意
    c. 会告知儿童，但不顾儿童的反对
17. 当青少年的父母或法律监护人要求时，我会把青少年来访者的个人治疗信息泄露出来：
    a. 不告知青少年或征求青少年的同意
    b. 会告知青少年但不会征求青少年的同意
    c. 会告知青少年，但不顾青少年的反对
18. 我会不顾来访者的反对而把该儿童或青少年的以下行为报告给其父母或法律监护人：
    a. 对他们自己危险的行为
    b. 对他人危险的行为
    c. 反社会行为
    d. 受虐情况(victimization)
19. 当下述情况时，我会拒绝将儿童来访者的个人治疗信息泄露给其父母或法律监护人(当他们要求时)：
    a. 我认为这符合孩子的最佳利益
    b. 孩子要求我这么做
20. 当下述情况时，我会拒绝将青少年来访者的个人治疗信息泄露给其父母或法律监护人(当他们要求时)：
    a. 我认为这符合孩子的最佳利益
    b. 孩子要求我这么做
21. 我会同正在为我的来访者的一个家属做治疗的同事谈论我的来访者：
    a. 不告知我的来访者
    b. 有我的来访者的口头允许但没有签字协议
    c. 有我的来访者(或其法律监护人)的签字协议

22. 我会详细记录父母方的个人生活(例如精神健康史)于儿童的临床档案中。

23. 我会把父母方的测试数据(例如明尼苏达多相人格问卷)置于儿童的临床档案中。

26. 我会把参与家庭治疗的每个成员的个人档案保存下来。

法律问题

24. 我会对治疗过的儿童或青少年向法庭提供关于**特定**的监禁/探访的专家意见。

25. 我会对治疗过的儿童或青少年向法庭提供其他法律相关的意见，例如离家安置、青少年法庭处置以及个人伤害等。

32. 我会在未见________时进行监禁评估：
    a. 孩子

b. 父母任意一方

c. 父母双方

33. 我会在未见________时提供有关离家安置的孩子与其父母之间的探访和/或重聚的建议。

a. 孩子

b. 父母(单方或双方)

评论:

在一项类似的对成年人的研究中,研究者变换着一个假定来访者的年龄、性别与诊断的严重性,然后根据改编版的波普、塔巴克尼克和凯斯·斯皮格尔(Pope, Tabachnick & Keith-Spiegel, 1987)问卷询问一组随机抽取的执业心理治疗师:

> 不同的来访者年龄与性别组合引发了不同的伦理性评分……比起年纪较大的男性来访者来说,心理治疗师们认为同样的行为对于年纪较小的男性来访者来说更符合伦理规范,对于女性来访者而言有相反(却不显著)的趋势。也即,比起年纪较大的女性来访者来说,心理治疗师们认为同样的行为对于年纪较小的女性来访者来说更符合伦理规范。(p. 524)(Pomerantz, A. M., & Pettibone, J. C. 2005. *The influence of client characteristics on psychologists' ethical beliefs: An empirical investigation.* Journal of Clinical Psychology, 61, 517-528.)。

这里的作者提到当前的美国心理学会规范(以及它之前的版本)并没有将"心理治疗师关于治疗行为可能是情境依赖的而不是一成不变的信念"纳入考虑范围内(p. 525)。我们究竟应当考虑情境还是仅仅在把已经冗长的规范变得更为不实用呢?

伦理决策与心理治疗师对于伦理培训的态度

4

⊙ 亚历山大·J. 泰姆恰克，罗宾·德拉普肯，苏珊·梅尔·金斯利，
安德里·B. 阿卡尔曼，伊利莎白·W. 科尔曼，玛尔·S. 博姆
(Alexander J. Tymchuk, Robin Drapkin, Susan Major-Kingsley,
Andrea B. Ackerman, Elizabeth W. Coffman, and Maureen S. Baum)

心理治疗师常常会面对一些伦理两难困境，而同时又缺乏由专业或社会所提供的明晰的决策指导原则。尽管美国心理学会（APA）已经构建了一套伦理标准，但是新的、时常富有争议性的临床研究技术，以及人们对于保护个人权利的逐渐关注，不断地为心理治疗师提出新奇而复杂的伦理两难困境。

……

……当心理治疗师们没有特定的标准可以参照的时候，他们必须更多地依赖自己的价值观系统以及自己对于 APA 标准"精神"的解读。这样的解读可能会导致专业决策过程的不一致……

目　的

本研究有三个目的。第一个目的是判断这一全国范围的心理治疗师样本的调查数据在一系列假设的临床情境中是否回答一致……

方　法

我们制定了一套包含两部分的问卷……第二部分包含了涉及伦理问题的 12 个临床或研究情境（见表 1）。这些情境包含了心理治疗师常常会碰到的伦理问题……

问卷被随机寄送给了 APA（1976）临床心理学分会的 500 个会员（回收率为 23%）……被调查者需要判断自己是否同意每一假设情境中所作的决策，并说明他们认为能够决定该情境是否适宜的判断标准。这些标准包括：来访者的利益；治疗筹码；保密性；个人自由；言论自由；个人权利；社区利益；公共政策；道德标准；治疗师的判断；知情同意；经济问题以及州或联邦法律。被调查者也可以列出他们决策时的其他判断依据，并对每一情境加以评论。

结　果

……表 2 总结了被调查者对每一情境的回答及其使用的判断标准的百分比。我们根据情境的共识度（从高到低）对它们进行了排序，每一情境都附有决策结果。

如果被调查者对于假设的心理治疗师的行为有较高共识度的话，那么他们作此判断的决策依据也有较高的一致性。另外，如果被调查者对于假设的心理治疗师的行为有较低共识度，那么他们作此判断的决策依据的一致性也就较低。

表1 伦理问题的情境

情境	决策
1. 在一个鸡尾酒派对上，一个心理治疗师正在与一位他刚认识的女士谈话。他开始匿名地告诉她有关他的一个来访者的情况。他透露了一些他的来访者发现自己最近遇到的情况，这些情况他觉得特别有意思。这位女士饶有兴致地听着这个心理治疗师的述说，直到她认为她已经了解到足够信息来断定对方正在谈论的人是她认识的一个人。她说道"你是在说……？"心理治疗师回答说"是啊，你也认识他？"他们不约而同笑了起来。第二天这位女士给她的前夫打电话询问她所听到的那些事情是不是真的。这位前夫向当地的伦理委员会投诉了这名心理治疗师。	这名心理治疗师表现出对保护他的来访者身份的漠不关心。
2. 一个州立机构要求一名有着完备行为工程学技能的心理治疗师规划并协助落实一项为迟滞青少年准备的行为项目。这一项目的目的是提高个体的自助行为以及锻炼，诸如洗澡、打扮、穿衣、进食等病房维生技能。这个项目只采用积极的鼓励措施，会提供诸如糖果、远足、舞蹈等特殊待遇作为对那些在这些领域技能有所长进的青少年的奖励。心理治疗师与该病区的每一个青少年当面解释了该项目，并发现有约25%的人并不理解他在说些什么。即使在播放了一段专为解释这个项目流程而设计的影片后，这些青少年还是无法理解这位心理治疗师所要传达的信息。	即便该州立机构的主管希望所有该病区青少年都能够参与这个项目，这些青少年仍然不应该参加这一行为矫正项目。
3. 一名男性临床心理治疗师常常在他的公寓里会见他的女来访者，而且还给了这位来访者公寓的钥匙。有时候治疗要持续到后半夜。最终，这位来访者与其丈夫一起指控该治疗师有不恰当安排。这名治疗师解释道，之所以心理治疗的安排会如此奇怪，主要是由于他失去了对此关系的控制而控制权落入了来访者手中。	在这种情况下治疗师与来访者的会面是符合伦理规范的，只要来访者同意这样的安排而且能从治疗中获益。
……	
5. 一位专注自闭症的研究者对来到他的治疗/研究机构的一半三岁以下儿童进行了高强度的行为治疗。其他的儿童则被分在控制组。第一组的儿童接受了长达两年的高强度行为治疗。而据目前所知，当儿童年龄超过5~6岁后，治疗项目的效果会显著下降。	在控制组儿童经历了这两年之后，该研究者应当为他们提供两年的高强度治疗。
……	
7. 当前法律要求对于那些强制住院的来访者的治疗权利包括"营养充足的食物"，这意味着我们不能将食物的可获得性作为治疗的强化手段，即使这样做有利于治疗效果也不行。一位心理学家为了符合这一规定而把所有的营养食物都混合在一起免费提供给所有的来访者，但是如果来访者想要得到分开的食物供给的话，就必须通过挣得的筹码来换取。	只要一个项目对于治疗有效果，对治疗师来说就没有什么违规行为可言。
8. 一名公立学校儿童的家长要求私人诊所的心理治疗师提供给他们一份书面报告，因为他们为心理测验付了钱。这名治疗师提供了一份包含真实测试分数的报告复件给他们。这对父母于是将这份报告拿给了学校心理学家，而这位心理学家将此报告提交给了APA。	这名治疗师将这样一份报告交给父母的行为是违规的，他缺乏良好的判断力。
……	

续表

情　境	决　策
10. 一名心理治疗师通过邮件做了一份广告,广告中提供了一项基于人格分析而进行的未婚来访者介绍服务。这样就可以增加配对的可能性。这名治疗师并没有试图去影响来访者做出任何关于婚姻的决定,而仅仅是通过邮件从他们那里获取了他认为相关的信息。数据由计算机进行分类,并据此安排感兴趣的来访者互相见面。	该治疗师的行为是符合伦理规范的。
……	
12. 一位即将结束你的治疗的来访者提到说他有一项秘密计划,他打算杀死他的室友,而且他有一把枪。而你有理由相信他有暴力行为的可能(这种暴力行为会十分明显而危险),因此希望能够再多花点治疗时间来处理这个问题。但你的来访者说下周他不会再来了。你应当告诉他人他的"秘密"吗?	作为他的心理治疗师,你应当通知警察或者他的室友。

表 2　对情景问题回答的百分比

共识度	情境		回答		
	编　号	描　述	同　意	不同意	未回答
高	1	未能保护来访者的身份	98	1	1
	3	有来访者同意即符合伦理规范	2	96	2
	12	告知警察或室友	84	9	7
中	10	提供约会服务是符合伦理规范的	22	70	8
	7	对治疗有效即符合伦理规范	26	68	6
	2	排除不能理解的来访者	33	65	2
	5	必须提供治疗和控制组	47	42	10
低	8	提供测试分数是违规的	47	42	10

注:表格的不相关部分在这里省略了。

在那些被调查者达成了较高共识的情境中,情景所描述的问题往往是当前实时的问题。其中包括保密性问题、关于男性治疗师与女性来访者之间关系的道德问题以及关于成长团队的标准问题。

……那些被调查者仅有较低共识的情境(在这种情况下同意与不同意的决策一般是对半分的),主要集中在不同于其他情境的三大基础领域:测试审慎性与解读、研究活动以及报酬(收费)。

这些研究结果支持了以下假设:专业决策中的高共识度可能与标准的可获得性以及特定情境的性质有关。存在专业或法律标准、问题是实时的且与治疗师—来访者关系有关,这两点会促进决策进程。心理治疗师们似乎在以下方面不大容易达成一致:与临床取向紧密相关的治疗问题以及那些与学科没有直接关联的问题(如与"生意"或"合同"等相关的决策)……

参考文献

Directory of the APA. (1976). Washington, DC: American Psychological Association.

心理治疗中的伦理困境：一项全国调查的结果 5

⊙ 里奥纳德 · J. 哈斯，约翰 · L. 玛劳夫，尼尔 · H. 梅尔森
(Leonard J. Haas, John L. Malouf, and Neal H. Mayerson)

近年来在同行中逐渐兴起对伦理与法律责任的关注，公众也对其法律权利日益关注。这一现象部分导致了对所有职业尤其是心理学中恰当职业行为前所未有的关注（与困惑）(Chalk, Frankel, & Chafer, 1980)……

尽管人们对于心理治疗中的伦理与法律问题有着广泛的关注，但是对于治疗师在现实情境中所发现的涉及伦理、法律或职业问题的性质，人们则相对了解得比较少。有关伦理问题的少数研究中，有的研究者（如 Baldick, 1980）测量了被调查者识别或确认伦理困境的能力。在其他调查中（如 Tymchuk et al., 1982），研究者测量了被调查者对于某一给定决策行为的同意程度，而在另一些研究中（如 Jagim, Wittman, & Noll, 1978），研究者仅仅测量了一组有限的心理治疗师样本。目前为止尚未有研究评估过被调查者从一系列选项中做出选择的实质。

在本研究中，我们试图研究其中的一些未知领域。我们给心理治疗师们呈现一组至少有两个可行方案的问题，这些方案也都包含了一组之所以做出此项决策的原因。另外，我们试图测试各种伦理教育方式的知觉效用。随着对心理治疗培训项目中规范的伦理教育的压力逐渐增大，更多的了解心理治疗师认为何种伦理培训机制最有价值是至关重要的。对诸如此类问题的回答将有助于培养出符合伦理规范的心理治疗师。

方　法

工具

为本研究而制作的问卷包含了五个部分……第一部分涉及人口统计学与背景因素，例如年龄、从业年限以及理论取向。

第二部分要求被调查者指出他们接受伦理培训的来源，在各类伦理培训中所花费的时间（例如课程学习和与同事讨论），以及每一种经历的价值（见表2）。

第三部分包含了10个情境，每一个情境都描述了一项专业伦理困境……这些伦理情境代表了五大类别，包含了广泛的专业伦理困境：保密性问题，知情同意问题，忠诚冲突，剥削以及告密行为（Hass, 1982）。另外，我们选择的情景包含的是一种困境，而不是简单的关于相关规范的知识：也就是说，这些情境表现了包含一种以上可接受选择的处境，而这些选择都是基于公认的伦理原则。

对每一情境而言,我们给被调查者呈现了不同的回答方式。我们尽可能限制可回答的答案数量,被调查者必须从中选择一项,而不能"修改"情境(例如,说"我会事先获得知情同意书的"或者对情境加以其他方式的变更)。在某些情况下我们会把行为选项缩减到两项:做或者不做。在这些选项之后,我们会呈现八种可能选择该行为的原因:遵守法律,遵守伦理规范,保障社会的利益,保障来访者的利益,遵守个人规范,保障治疗过程,处于经济方面的考虑以及"其他"。对这些原因以及从中所反映的道德推理类别的分析可参见别处(Haas, Malouf, & Mayerson, 1985)。被调查者必须指出他们对每一情境所偏好的回答以及做出此选择的最重要的原因。情境和选项可参见表3。

在第四部分,被调查者需要对实践中遇到的17项伦理/法律问题(例如对同事行为的关注,保险报告要求,不正当性行为)的频率以及每一问题的严重性进行评分(见表4)……

流程

样本包含了600名随机选取的美国心理学会第29分会(心理治疗)会员。其中有500名会员收到了调查问卷,回收294份,回收率为59%。

被调查者特征

总的来说,这一样本有丰富的经验,大多在私人机构提供临床服务,而且大部分都是博士学位治疗师。本次调查所采用的样本十分类似于APA在全国劳动力调查中所描述的临床治疗师的样本。

结　果

伦理教育

表2呈现了被调查者所报告的他们接受专业伦理教育的情况。如表所示,"与同事讨论"是报告最广泛的伦理教育类别。研究生课程只排名第四位,这或许并不出人意料。被调查者还就不同的教育来源对于他们理解、应对以及防治伦理困境的用处进行了评分。表2中列出了这些评分的均值。如表所示,所有类别的评分都在3以上,而研究生课程和与同事讨论被同时认为是用处最大的。正规伦理教育(例如研究生课程和继续教育课程)的时间众数为零。

表1　伦理教育的数量及知觉效用

教育来源	小时数		平均效用*	
	均　值	数　量	评　分	数　量
与同事讨论	79.1	236	4.4	269
独立阅读	31.3	238	4.0	240
实习督导	17.1	231	3.8	124
研究生课程	11.5	258	4.4	174
继续教育课程	2.7	233	3.3	26

* 平均分是在五点量表上进行的,最低为1分(完全没用),最高为5分(非常有用)。

对伦理困境情境的回答

在表3中我们呈现了被调查者对每一情境所选答案的百分比,顺序是按照被调查者所看到的顺序进行排列的。如表所示,在以下情境中对于合适行为的共识度最高(按照共识度降序排列):利益冲突(情境9),对可能的暴力行为的强制报告(情境7),上级命令你将一个来访者转移到另一个你认为能力不足的治疗师那里去(情境1),以及保密问题(情境4和5)。被调查者的回答反映了他们在选择另一种会给自己带来更大利益的行为时,会以来访者的利益为行动出发点,无论是向警方或潜在受害者报告可能的暴力行为,还是对来访者保密权利的保障。

表2 问卷的情境及选项,被调查者选择每一选项的百分比

情 境	选 项	%
1. 你是一名社区精神健康中心的治疗师。你将要去另一个州定居,因此必须终止当前来访者的治疗或将来访者转诊给他人。你的主管让你把某位来访者转诊到一个其能力你并不认同的治疗师那里去。	转诊	7
	转诊并表达你对该治疗师的保留意见	14
	拒绝将该来访者转诊到那名治疗师那里	79
	其他	1
2. 你的一位来访者告诉你他依然对之前的治疗师很恼怒,因为不说别的,他竟然对她进行性侵犯。这是你第三次听说针对那名治疗师的此类指控了。	讨论来访者的愤怒但不提及专业规范	10
	打电话告诉那名治疗师其行为违规了	18
	告诉来访者她有权向伦理委员会或州注册委员会提出控诉	57
	打电话给伦理委员会或州注册委员会	14
3. 一名你有点头之交但并不熟悉的治疗师在电视上称赞一个休闲健身中心。他说道:“作为一名心理治疗师,我发现放松十分重要——我来帕姆休闲健身中心是为了让我的头脑和身体同时得到放松。”	打电话告诉那名治疗师此广告违规了	25
	打电话给你所在心理学会的专业规范委员会报告此事件	42
	什么都不做	33
	其他	0
4. 你已经为一对夫妇治疗了6个月了。妻子这次早到并告诉你她正在考虑离开她的丈夫,因为她和另一个男人在一起。她同时也告诉你不要将此事告诉她丈夫。你之前并没有和他们说明过有关保密的规章制度。	不同意保密	30
	同意保密	65
	其他	5
5. 在你和一名12岁男孩的初次会面后,他的母亲过来接他。她询问道他是不是在吸毒。而事实上男孩确实透露给你说他正在吸胶毒。	告诉她你所知道的情况	25
	告诉她这一信息是否要透露需要依照他儿子的想法	72
	其他	5

续表

情　境	选　项	%
6. 一位之前没有过任何治疗经历的男性联系你并要求进行性治疗。虽然你懂一些关于性治疗的大体原则，但你知道那不是你的专业知识范围。但是他看起来又是一名挺有意思且有潜力的来访者。	接受他	5
	在和他讨论过你的资历后再接受他	45
	拒绝接受并将其转诊给其他治疗师	49
	其他	1
7. 你正在给一名有冲动性反社会行为历史的越战老兵进行治疗。你们之间已经建立了良好的治疗关系（这是在三次治疗尝试后他首次做到这一点）。在这次治疗结束时，他透露正计划杀死他现在的女朋友，因为她和另一个男人在约会。	联系他的女朋友并且/或者报警，但不告诉他	8
	打算在下次治疗时深入讨论这件事	5
	告诉他你必须要警告他的女朋友并且/或者报警	87
	其他	1
8. 在你给一名45岁有酗酒问题的男性治疗的过程中，他的妻子打电话告诉你他一直在对他7岁的女儿（是他的继女）进行性骚扰。	将此案例报告给儿童保护局	25
	鼓励他妻子将此事件报告给儿童保护局	60
	同情他的处境但不采取更进一步的行动	11
	其他	4
9. 你的一名来访者是注册会计师，他打算安排你的退税款来支付部分治疗费用。你最近正在计算自己的税收，并发现税收负担日益加重。	接受	7
	拒绝	93
	其他	0
10. 你在一家综合医院内的一个社区精神健康中心的急诊室工作。你将要确诊一名患有妄想型精神分裂症的男性，他的保险会支付住院费用。但是这一诊断将会使得他以后难以获得其他种类的保险（比如人生保险）。你担心他在知道这一情况后会因为没有保险负担不起费用而拒绝住院。	告诉他潜在的风险	50
	不告诉他潜在的风险而直接对他进行诊断	30
	不告诉他潜在的风险，但是给他一份较为“温和”的诊断。	18
	其他	1

低共识度出现在以下情境中（按照共识度升序排列）：他人利用专业名义来进行当地商业的广告（情境3），治疗那些超出自己专业知识范畴外的问题（情境6）以及向来访者报告可能会不利于保险的治疗诊断结果（情境10）。关于来访者所告知的来访者—治疗师性接触（情境2）和来访者对他人的性虐待（情境8），过半数的被调查者表示他们自己不会去告发这些行为，但是会试图鼓励来访者或其家属去告发这种行为。

表 4 相关领域问题遇到的频率及其严重性评分

相关领域	频 率	严重性
1. 保密性或授权沟通(Privileged communication)	3.09	3.94
2. 向来访者提供知情同意书	2.52	3.33
3. 少数群体的权利(例如在治疗中)	2.43	3.52
4. 利益冲突(雇员与来访者,来访者与法律系统,等等)	2.41	3.59
5. 个人对于广告或其他获取来访者的途径的利用	1.58	2.46
6. 脱口秀、访谈或其他个人媒体曝光	1.67	2.43
7. 同事的性行为	2.08	4.12
8. 同事其他行为的适宜性	2.66	3.69
9. 自己的性冲动或性行为	1.69	3.21
10. 自己行为的合法性	1.82	3.33
11. 自己的错误行为责任	1.76	3.37
12. 自己应对特定问题或提供指定服务的能力	2.43	3.45
13. 保险公司要求(例如需要信息或诊断)	2.77	3.15
14. 民事(强制性)承诺	1.70	3.54
15. 雇员或主管的行为	2.11	3.34
16. 测试(例如测试结果的使用,所要求测试的适宜性)	2.05	3.17
17. 研究(例如,对被试隐私的保护,风险最小化)	1.72	3.17

现实经历的伦理困境的频率及其严重性

表 4 列出了 17 个向被调查者呈现的可能会出现伦理困境的领域,同时呈现的还有对每一领域的总评分。被调查者需要写出他们自己在去年一年中这些问题对他们造成困境的频率,并对这些困境的严重性进行评分(无论他们本人经历这些困境的频率是多是少)。有意思的是,在平均频率上,没有一个问题被报告的频率高于"有时是个问题"。相反地,17 个问题中有 11 个都被半数以上的被调查者列为"相当严重"或"极端严重"。总体上被认为最为严重的两个问题是保密性问题(或称授权沟通)和同事的性行为。两个被认为最不严重的问题(评分为 2 左右)是媒体曝光以及通过广告来获得转诊者。

讨 论

……如果我们把高共识度定义为 75% 的赞同比例的话,那么在我们所呈现的 10 个情境中只有 3 个情境符合这一条件。我们样本中的心理治疗师们在以下方面达成了一致:即使自己的上级要求,他们也认为把一个来访者转诊到另一个自己不尊敬的治疗师那里是不妥当的;他们也认为用治疗服务来交换其他专业服务是不妥当的;最后,他们也清楚地意识到对儿童性虐待的潜在暴力行为应当及时提出警告,而且十分愿意这样做(而不像加吉姆等(1978)调查样本所显示的那样正好相反)。

然而，在关于儿童性虐待的情境中，治疗师们对于自己最恰当的行为应当是自己去报告还是建议他人去报告，存在着明显的分歧。尽管关于强制报告的法律日益普遍(DeKraii & Sales，1984)，我们的研究结果表明对这种复杂的伦理/法律问题的处理方式仍然存在着普遍的不确定性。

研究结果也显示了一系列其他未达到所定义的75%的共识度(也即不存在高共识度)的领域。其中之一便是在家庭或夫妻内的保密性问题。尽管大多数被调查者会为配偶或孩子保守秘密(参见情境4和5)，仍有许多被调查者(两个情境分别为30.5%和23.6%)会向另一方配偶或孩子的家长透露某些类型的信息。尽管有法律的制约(DeKraii & Sales，1984)，家庭内的保密性问题依然是一个需要治疗师审慎判断的领域(Margolin，1982)。显然，治疗师不仅应当清楚法律规范，而且还应当能够仔细考虑他们所做的选择在伦理上和治疗上的后果。

另一个低共识度的领域涉及同事的违规行为。调查中有两个情境(情境2和3)涉及了此问题：其中之一描述了来访者声称另一位治疗师与其有性关系，另一情境描述的是一位同事公开称赞一处休闲健身中心。在前一种情况中，约有90%的被调查者，认为需要采取某些行动，但有相当数量的被调查者认为应当由来访者而非自己去告发那位同事。在后一种情况中，约有三分之一的被调查者认为他们不应该告发那位称赞休闲健身中心的同事，即便这种行为明显违反了《伦理原则》(APA，1981)的第四项原则。能够限制治疗师应对同事问题行为责任的一个原因是来访者的偏好。很有可能，那些在情境2中偏向于让来访者告发同事的被调查者，认为来访者对于机密信息的控制权是最重要的原则。这一令人担忧的原则在情境3中并没有出现，这说明许多治疗师发现置那些没有明显危害性的行为于不顾更为容易，而不愿意冒险去让人觉得在充当义务警察。

情境6与“能力”这一话题有关，描述了一位治疗师尽管缺乏相关专业训练，却为来访者提供性治疗。这一情境代表了另一个《伦理原则》赋予治疗师充分自由的领域。尽管第23项原则(APA，1981)明确规定治疗师必须提供力所能及的服务，但是决定治疗师是否有这一能力的主要还是治疗师自己。在我们调查所描述的情境中，约有半数被调查者认为仅有对于性治疗一般原则的知识是不足以胜任此项服务的，而约有45%的被调查者会和他们的来访者讨论自己的资历，并让来访者决定自己的胜任力。而来访者作此判断的能力十分值得怀疑。

最后一个情境涉及复杂而多层面的诊断问题。如果诊断信息可能有伤害性，那么治疗师是否应当告诉来访者诊断结果呢？治疗师应当将诊断结果修改得更加“可以接受”一些吗？治疗时应当更关心诊断结果本身的后果还是其他机构(如保险公司)对专业诊断信心下降所带来的后果呢？半数的被调查者会告诉精神分裂症来访者，如果在保险表格上如实上报诊断结果可能会带来的危害，而有30%的治疗师会不计后果地如实上报准确的诊断结果而不与来访者讨论这一话题。18%的治疗师不会告知来访者，但会上报一份较为缓和的诊断报告。这些决定的差异性说明了这一领域的模糊性，因为所有这些回答都可以得到现成的伦理规范的解释。

关于被调查者对他们所接受的伦理教育来源于价值的报告方面，我们的研究结果似乎证实了APA有关制定伦理教育正规课程的要求这一决定。尽管大部分治疗师报告学习的来源(基于学习时间计算的百分比)是与同事进行讨论，而在研究生

阶段花在伦理学习上的时间则相对较低,这两种来源的价值都被赋予了高度评价。独立阅读也是另一主要的伦理训练来源。同时需要指出的是,对实习经历(很多人认为年轻的治疗师在此期间获得了伦理方面的教育)价值的评价并不高。另外,在这一样本中,阅读和与同事讨论(两者都似乎是内在驱动的活动)被广泛作为自学伦理知识的手段。这可能是由于人们对于伦理与法律问题的关注程度日益增强,抑或反映了治疗师认为自己在这些领域中的准备尚不充分。我们调查对象中的大部分人可能于伦理课程在研究生课程中普及之前就已经完成了他们的研究生训练。鉴于人们对于伦理训练的兴趣以及对于继续教育课程的低评价,进一步发展与完善继续教育课程将是明智之举。

在给被调查者呈现的可能会造成伦理困境的17个领域中,只有一个领域——保密性或授权沟通——获得了高于3分(有时是个问题)的频率评分。其他所有的领域得分都比它低。最不经常遇到的问题是个人对于广告和媒体曝光的利用。

尽管这17个领域的报告频率并非很高,被调查者并不认为他们不严重。被评为最严重的问题是同事的性行为,接下去是保密性和授权沟通、同事其他行为的适宜性以及利益冲突(例如雇员与来访者之间的冲突)。在所有17个问题中,只有两个问题的评分没有高于3分(有些严重)。有关个人对于广告和媒体曝光的利用评分在2分(稍微有些严重)和3分(有些严重)之间。

对于这些结果的一种解释是,治疗师们认为许多问题都很重要,但是他们本人并不经常遇到这些问题。在某种意义上,这可以被当作一项积极的发现,因为这或许意味着治疗师们(至少是那些相对有经验的治疗师)觉得他们自己所作的决策是恰当的。

研究意义

本研究有三大意义。第一,心理学作为一门专业,在职业决策的若干重要而艰巨的领域内,并没有能从总体上达成共识的行动方案。我们研究中的被调查者都是经验丰富的临床心理治疗师,他们认为调查的某些领域具有极端的重要性,但与此同时他们却不能为在这些领域中如何行动达成共识,这是令人担忧的。当然,担忧与否也取决于人们对于心理学中专业伦理教育这项任务的解读。如果这项任务被解读为需要在专业训练中培养特定的伦理**行为**的话,那么我们的研究结果是令人担忧的。我们的研究结果对于专业伦理教育的意义在于这样的教育应当专注于更有效地教授心理治疗师在各种专业决策情境下什么才是正确的行为。另一方面,如果专业伦理教育这项任务是要培养伦理推理**过程**,那么我们的研究结果还是比较鼓舞人心的。正如道德发展领域的研究者所指出的(Blasi,1980),同样的推理过程可能会导致截然不同的行为结果。专业道德决策也是如此。使用同样的伦理推理过程的心理治疗师可能会对一个恰当行为作出十分不同的结论……

本研究的第二个意义在于,我们应当进一步加深研究伦理课程的制定(正如APA所要求的),而且尤其要关注现实情境中涉及保密性、能力与同事行为的伦理问题。另外,我们的研究表明即使对于有经验的治疗师来说,也有必要学习继续教育课程。

第三个意义是，某些特定的专业决策领域需要我们额外关注、考虑与讨论。它们是能力（如，什么是能力？我们如何测量能力？）、保密性（遵守保密性原则的意义有哪些？未能遵守保密性原则会有哪些后果？）、诊断（作诊断究竟是为了谁？污名问题如何解决？）以及告密（报告的最适宜方式是什么？应当向谁投诉？）。这其中有些问题是经验性问题，因此需要依情而定。而其他问题则需要广大从业者更深的关注与讨论。

参考文献

American Psychological Association. (1981). *Ethical principles of psychologists.* Washington, DC: Author.

Baldick, T. (1980). Ethical discrimination ability of intern psychologists: A function of training in ethics. *Professional Psychology*, *11*, 276-282.

Blasi, A. (1980). Bridging moral cognition and moral action: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, *88*, 1-45.

Chalk, R., Frankel, M., & Chafer, S. (1980). *AAAS Professional Ethics Project: Professional ethics activities in the scientific and engineering societies.* Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.

DeKraii, M. B., & Sales, B. D. (1984). Confidential communications of psychotherapists. *Psychotherapy*, *21*, 293-318.

Haas, L. J. (1982). *The teaching of ethics in clinical psychology.* Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

Jagim, R. D., Wittman, W., & Noll, J. (1978). Mental health professionals' attitudes toward confidentiality, privilege, and third-party disclosure. *Professional Psychology*, 9, *458*-466.

Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, *37*, 788-801.

Tymchuk, A., Drapkin, R., Major-Kingsley, S., Ackerman, A., Coffman, E., & Baum, M. (1982). Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics. *Professional Psychology*, *13*, 412-421.

评论：

正如从泰姆恰克（Tymchuk）等（1982）和哈斯（Haas）等（1986）的两段节选文献以及有关法律与伦理之间冲突的讨论所表明的，人们发现在应用、解读与实施 APA 伦理规范中所具有的差异性有很多理由可以解释。例如，金默尔（Kimmel，1991）说道“越来越多的研究表明个体对于研究的伦理性所形成的评价有系统的差异”，这部分是由于“科学界指导研究的伦理原则常常是陈述宽泛而太模棱两可”（p. 768）。此外，他发现当要求心理治疗师们回顾假设的行为研究例子中的伦理可接受性时，他们大多会依个人特征而做出不同的判断：

……那些更加倾向于在伦理评估中持肯定态度的心理治疗师（因此他们更强调科研价值）有以下特点：男性；获得最高学位的时间更长；在基础心理学领域（如社会、实验或发展心理学）获得过学位；以及受雇于研究取向的机构。那些更倾向于在伦理评估中持反对或表达保留意见的治疗师（因此更强调科研代价）有以下特征：女性；获得最高学位的时间更短；在应用心理学领域（如咨询、学校或社区心理学）获得过学位；以及受雇于服务取向的机构（p. 787）参见 Kimmel, A. J, 1991. Predictable biases in the ethical decision making

of American psychologists. *American Psychologist*,46,786-788.)。

也有其他更为系统的理由来解释为什么伦理规范并不总是得到其希望的尊重与权威性。利用哈斯及其同事制作的情境,史密斯、麦克格尔、阿伯特和布劳(Smith, McGuire, Abbott, & Blau, 1991)对一组102名折中取向的治疗师进行了调查,它们或在私人机构服务,或在社区精神健康机构服务。调查的目的是评估治疗师在解决专业伦理冲突时的推理过程。这一样本几乎都是白人女性,而且大多没有获得博士学位(70%)。史密斯等的研究结果支持了伯纳德及其同事的研究(在本章前部分已经提到过),发现治疗师认识到他们应当做的和他们实际愿意做的行为之间存在差异:

> 这些发现表明,当治疗师们认为违规行为涉及当前职业规范中一条相对明确的规则时,他们会依照应当采取的行为来行动。当这些专业规则进一步被法律或前例(如明显的危险和保护责任;禁止与来访者之间有性接触)所支持时,治疗师们的行为更是如此。另一方面,当前的专业规范与标准更多的是实用主义大纲,而不是如何行为的规则。实用主义原则意味着一种行为是否符合伦理规范取决于个人行为对于自己及他人影响的评估。这样的情景就更多地需要治疗师的判断从而导致应当做什么和愿意做什么之间更大的差异。在这些冲突情景中,治疗师们表示他们愿意做的行为不仅受专业或法律规范所影响,还受到个人价值观以及对于该处境的实际考虑的影响……

(参见 Smith, T. S., McGuire, J. M., Abbott, D. W., & Blau, B. I. 1991. Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to justify doing less than one believes one should. *Professional Psychology: Research and Practice*,22,235-239.)。

自从史密斯等的研究发表之后,虽然已经对伦理规范进行了两次修订,"很明显……(2002年规范)既没有提供全部答案也没有对心理治疗师在他们的专业活动中可能会面临的每一种特定情境或困境进行处理"(p.7),也没有"为面临伦理困境的心理治疗师提供所需的所有指导"(p.8)(Barnett, J. E. 2007. The ethical decision-making process in everyday practice. *Professional Psychology: Research and Practice*,38,7-9.)。

当法律与伦理冲突时：心理治疗师们应当怎么办？ 6

⊙ 萨默尔·坎普，迈克尔·加特利波，杰森·波尔曼，米歇尔·M.汉德尔斯曼
（Samuel Knapp，Michael Gottlieb，Jason Berman，and Mitchell M. Handelsman）

……

伦理与法律规范之间通常是一致的，这样就能够使治疗师们同时遵守二者而不至于干扰日常工作。尽管如此，在有的情况下，法律（广义，包括州及联邦法律、具有约束力的判例法、行政规则或法庭指令）可能会要求心理治疗师做一些会伤害来访者、限制来访者自主权以及/或违反大部分心理治疗师个人与职业伦理价值观的事情（Knapp & VandeCreek，2006）。当产生这样的冲突时，心理治疗师需要进行伦理决策过程以对可能采取的各种行为进行评估，从而确定最佳（或最小伤害性的）行动。

如果是一项特定的法律与伦理规范中的一项标准相冲突，标准 1.02 提供了以下指导：

> 如果心理治疗师的伦理责任与法律、规章制度或其他政府法律权威相冲突，那么需要告知他们对于伦理规范的恪守，并采取行动解决这一冲突。如果冲突依然存在，心理治疗师可能需要以法律、规章制度或其他政府法律权威的要求为重。

尽管如此，波普和巴特（Pope & Bajt，1988）调查了一组资深心理治疗师，其中包括对伦理十分熟悉的治疗师，发现有 57% 的被调查者承认他们曾“鉴于来访者的利益或其他更深层次的价值观”而至少有一次故意违反某一项法律或证实的伦理规范（p. 828）。在 34 项上报的实例中，有 7 项涉及拒绝报告儿童虐待事件，7 项涉及非法透露保密信息，3 项涉及与来访者发生性关系，2 项涉及未指明的双重关系，2 项涉及拒绝执行法律义务来对一名危险来访者发出警告，剩余的部分则被划入不明确类别……这些结果表明标准 1.02 所提供的指导在很多情况下都是不够的，而伦理决策则很少如我们所想象的那么简单。

进一步说，当出现了一些法律要求后，伦理规范可能会对于心理治疗时应当如何应对保持沉默或模棱两可。在这些情况下，治疗师们就转向许多其他资源以获取决策帮助。一个很少被提及的资源就是个人价值观……

本文的目的是要表明治疗师的个人价值观在处理某些恼人的情境时是如何帮助治疗师进行决策的。在本文中，我们提供了一个心理治疗师面对法律与他们的个人伦理价值观之间相冲突情境时的决策过程。

决策过程

……

APA 伦理规范提到:“如果这一伦理规范树立了比法律更高的行为标准,心理治疗师们必须达到较高的这条伦理标准”(p. 1062)。另外,标准 1.02 又让我们“遵守法律、规章制度或其他政府法律权威”。因此,那些遵守法律的心理治疗师只要负责地采取行动解决法律—伦理冲突的话,他们将不会面临 APA 伦理委员会的纪律惩罚。尽管这一指导有某些帮助,但它仍然没有让心理治疗师们摆脱在违背伦理价值观而遵守法律与违反法律与恪守他们的价值观之间进行选择的需要。

采用这一例子以及接下来要提到的例子,我们为那些可能会发现自己身处法律与自己价值观系统的冲突之中的心理治疗师们提供一个决策过程……首先,心理治疗师们应当确保他们理解了法律对他们的要求。有时候治疗师们会误解或误读法律要求,从而在事实上并不存在法律与伦理价值冲突的时候以为存在这样的冲突。第二,治疗师们应当考虑自己是否正确理解了他们的伦理职责。第三,如果真的发现存在冲突的话,治疗师们可以寻求一些创造性的方法来同时满足法律与伦理的要求。第四,如果法律与伦理之间的冲突真实存在且不可避免,治疗师们应当:遵守法律同时将此行为对自己伦理价值观的伤害最小化;或者恪守伦理价值观的同时将此行为对法律的违反最小化。不管选择哪种方式,治疗师们都应当做好预期和准备来承受他们的决策所带来的后果。最后,治疗师们应当通过以下途径来避免或减轻许多此类伦理冲突:预见到法律和伦理之间潜在的冲突并采取预防措施……

……

当法律与伦理的冲突不可避免时

正如在许多情况下那样,案例 4 中心理治疗师的行为是无法仅仅通过伦理规范(如果有州法律要求,治疗师可以在未获得来访者知情同意时泄露保密信息,标准 4.05b)来确定的。此时治疗师如果想要对其来访者以及将来可能的来访者做出符合伦理价值观的行为,她就不得不求助于其他道德与伦理规范以外的伦理指导。

> 案例 4:一名重度抑郁的青少年来访者告诉治疗师,她怀疑父亲曾对她进行过性虐待。该心理治疗师所在的州规定如果有父母任一方对 18 岁以下的孩子进行性虐待的话必须上报。然后,来访者又说如果治疗师将此事件报告给当地的儿童保护服务机构,她就自杀。该治疗师过去曾与这个机构打过交道,而且对其处理此类事关孩子情绪需求的敏感信息的能力缺乏信心。来访者已经很多年没有见到她的父亲了,而且在可预见的将来也不会再与她有任何联系。

在案例 4 中,孩子告知的信息如果接受进一步询问的话,很可能使一位理智的治疗师怀疑是否有此虐待事件发生过。如果治疗师确实怀疑有此事件,那么根据许多州的法律,她应当上报此事件。然而治疗师又觉得如果上报此事件的话将会导致来访者的自杀,而这正是她力图阻止的。尽管伦理规范确保如果她遵守法律并不会为此而违规,但是这位善良的治疗师希望能够选择一种行动途径,能够达到她帮助

来访者活下来并生活得好的总体目标。

许多治疗师最初的反应可能会陷入二分法思维，要么选择上报，要么选择不上报，衡量下两者之间的得失，然后决定采取哪一种行动。尽管如此，如果我们在决定如何应对之前先考虑一系列步骤，则可能更为审慎。第一步是治疗师需要和资深同事进行咨询，他们可以提供有用的信息，并帮助自己将问题思考透彻（如治疗师如何才能达到道德上的目标），以及在有必要的时候挑战自己的临床、法律和伦理假设。如上所述，有时候冲突是显而易见的，而且治疗师也会发现比原先所设想的更为灵活的应对方式，或者也有可能他们只是误解了相关的伦理问题或法律要求。

在案例 4 中，该治疗师需要仔细评估她所获得的信息是否足以让她怀疑确有虐待存在，还是仍需要进一步的信息来做出判断。有时候在虐待事件中，我们很难断定是否已达到了必需的虐待临界值。而她所在州的上报法律规定（“有理由怀疑”）定义模糊，介于一闪而过的念头和确定性之间（Levi & Loeben，2004）。创造性的临床方案往往能让治疗师同时满足法律与伦理要求。例如，治疗师首先应当确保这不是一项被其他动机所驱使的行为。假设这一事件真实存在，那么治疗时可能需要询问其母亲或其他可信任的亲属以获得更多的信息。来自其他方面的临床信息能够使得自我伤害危险性的程度、虐待发生的可能性变得明朗，也可以为建设性地处理这一明显的冲突提供更多的方案。

如果没有可行的临床方案出现，此时治疗师就必须基于他们个人的价值观系统来决定，如何在提供最佳照料与遵守上报的责任之间的冲突中寻求解决方案。基于原则的伦理决策过程可以为此提供一种途径来平衡一个特定情境下的不同要求。比彻姆和奇尔德雷斯（Beauchamp & Childress，2001）认为在对困境进行了充分的评估后，可以允许治疗师将某一种道德价值凌驾于另一种之上。但是这样做需要满足以下条件：违规行为最小化、有利于达成主要目标以及确保做出努力来使得违规行为所造成的负面影响最小化。同样，治疗师在考虑违反法律时也可以遵守同样的决策过程：违法行为最小化、有利于达成主要目标以及作出努力确保违法行为所造成的负面影响最小化。也就是说，对法律的违反只能局限于法律与治疗师的伦理标准冲突的那部分。

美德伦理视角也为治疗师解决此难题提供了另一种途径。依靠美德伦理的治疗师会发现与该情境最相关的美德（例如善良、公平、责任、信任、诚实），然后思考或了解要达到既定目标（例如帮助来访者生存、痊愈乃至生活）所最需要采取的行动，从而以一种品德高尚的方式对此情境进行回应（例如依赖额外信息或向精通伦理的资深同事咨询）。

如果决定不遵守法律

非暴力反抗历史悠久，最早可以追溯到索福克勒斯（公元前 440/2006），在他的剧作《安提戈涅》中，女英雄（安提戈涅）违抗暴君克里昂的命令而公开为其兄弟波吕尼克斯举行葬礼，尽管这意味着她将被处死。非暴力反抗的支持者可能会在细节上有所分歧，但是大部分人都会同意沃尔曼（Woolman，1772/1971）、甘德黑（Gandhi，Fisher，1983）、金（King，1958）以及其他人的做法，认为个体只有在极端少数情况下才能违抗法律来遵从一项更高的价值观，并且愿意为此接受任何惩罚。

当治疗师考虑违反法律时，我们建议他们遵守上述提到的步骤：（1）寻求咨询

以确保他们对法律没有误解;(2)确保他们对自己的伦理责任没有误解;(3)考虑是否有办法能够在恪守价值观的同时也遵守法律;(4)只有在没有其他可行办法后才考虑违反法律。如果已经决定违反法律,治疗时必须问自己:"如果我违背了法律,如何才能在达到我更高的那个目的的同时尽可能地最小化我的违法行为?"或者问"我们应该怎么做才能鼓励最相关的那种品德呢?"例如,如果临床与伦理方面都没问题,那么治疗师应当继续对这一可能受虐的女孩的治疗,直到她的精神状态有所改善时,再与她讨论上报的问题。治疗时必须记录下他们之所以选择这一行为的理由。一旦发生有纪律听证会,这种对情况的记录档案可能会让纪律委员会减轻对治疗师的处罚。

如果决定遵守法律

如果决定遵守法律,治疗师需要问自己:"我如何才能将此行为对于伦理价值的侵犯最小化?"例如,治疗时可以通过让来访者更多地参与到此过程中来,以最小化这一决策所造成的负面影响。治疗师可以告知来访者自己的法律义务,给她机会为此事件的上报而做好准备。或者如果女孩愿意的话,治疗师也可以让儿童保护服务机构在自己的办公室中对这名女孩及其母亲进行访谈。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Fisher, L. (1983). *The life of Mahatma Gandhi.* New York: Harper & Row.

Handelsman, M. M., Knapp, S., & Gottlieb, M. C. (2002) Positive ethics. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 731-744). New York: Oxford University Press.

King, M. L. (1958). *Stride toward freedom.* San Francisco: Harper & Row.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (2004). A principle-based analysis of the 2002 American Psychological Association's Ethics Code. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, *41*, 247-254.

Levi, B., & Loeben, G. (2004). Index of suspicion: Feeling not believing. *Theoretical Medicine*, *25*, 277-310.

Pope, K., & Bajt, T. R. (1988). When laws and values conflict: A dilemma for psychologists. *American Psychologist*, *43*, 828-829.

Sophocles. (2006). *Antigone.* Retrieved January 18, 2006, from http://classics.mit.edu/Sophocles/antigone.html (Original work produced *circa* 440 BCE)

Woolman, J. (1971). *The journal and major essays of John Woolman* (P. Moulton, Ed.). New York: Oxford University Press. (Original work published 1772)

评论:

安舍尔和罗斯(Ansell & Ross, 1990)在对之前节录过的波普和巴特的探讨(1988)进行评论时提到,因为治疗师并没有参与起草有关儿童虐待上报法案,因此这些法案并没有对治疗师的临床实践加以考虑:

伦理学家可能认为心理治疗师会在仓促上报之前对可能的受虐儿童事件如何处理进行充分的考虑。这些处理方式需要以临床作用为基础进行决策。否认治疗师的这一判断力就是对专业作用

的篡夺。更糟糕的是,这会促使治疗师远离他们的专业职责而变成警察的代言人(p. 399)(参见 Ansell & Ross, 1990. 对 Pope & Bajt 的回答(American Psychologist, 45,399)……

他们也呼吁伦理学家们对此问题进行研究。卡里克曼(Kalichman, 1990)在对安舍尔和罗斯的回应中确认"有多达60%的治疗师表示他们不会上报这一可疑的儿童虐待事件"(p. 1273),但是也反驳道"忽视上报法律对治疗师和来访者都有潜在危险性"(p. 1273)。卡里克曼总结说:"伦理职责下的治疗师竟然如此频繁地选择违反法律是一个悖论"(p. 1273)(参见 Kalichman, S. 1991. Reporting lars, confidentiality, and clinical judgment: Reply to Ansell and Ross. American Psychologist,45,1273.)。

大约30年前,我发表了一篇文章,里面提到一位训练有素的治疗师忠实地遵从着当时的美国心理学会伦理规范,结果却招来了对他本人及(或)其所在机构的五项诉讼。我当时试图分析为什么伦理规范无法为治疗师的行为提供充分的指导基础。我提出了以下假设:(1)规范是从专业角度制定的,而不是从来访者的角度制定的;(2)规范写作过于抽象,仅仅为行为提供了一般性的指导;(3)可能会给公众呈现对于伦理职业的错觉,而该职业的成员却并非都遵从这一职业的伦理价值观;(4)当职业对于自主权的规范与个体或公众对于权力的规范相冲突时,这些规范可能会被法律系统所抛弃(参见 Bersoff, D. N. 1975. Professional ethics and legal responsibilities: On the horns of a dilemma. Journal of School Psychology, 13,359-376)。基于第1章关于2002版伦理规范的阅读,你觉得这些假设还成立吗?

将那些受到职业行为影响的案例融合进伦理规范的发展与应用中,仍然是一个悬而未决的理想观点。但是最近,普里勒滕斯盖(Prilleltensky)及其同事以优雅而有序的方式重新引入了这一观点。他们将当前用于定义伦理的限制性框架与他们的参与性框架相对比。在这一观点下应用伦理学时,力量在治疗师和来访者之间是均等分配的,此时的伦理学将不仅仅处理微观的治疗师与来访者之间的个体关系,而且还将处理涉及社会、文化以及组织背景的伦理问题。有关这些问题更详细的论述请参见:

Prilleltensky, I., Rossiter, A., & Walsh-Bowers, R. (1996). Preventing harm and promoting ethical discourse in the helping professions: Conceptual, research, analytical, and action frameworks. *Ethics & Behavior*,6,287-306.

Rossiter, A., Walsh-Bowers, R., & Prilleltensky, I. (1996). Learning from broken rules: Individualism, bureaucracy, and ethics. *Ethics & Behavior*,6,307-320.

Walsh-Bowers, R., Rossiter, A., & Prilleltensky, I. (1996). The personal is the organizational in the ethics of hospital social workers. *Ethics & Behavior*, 9, 321-335.

作为回应,切克兰德(Checkland, 1996)提醒道,普里勒滕斯盖等的管制焦点可能并不能恰当地"将伦理(关注对和错的问题)从政治(其根本关注点在于争辩与澄清集体意义上的好与恶)分离出来"(p. 343)(参见 Checkland, D. 1996. Individualism, subjuectivism, democracy, and "helping" professions. *Ethics & Behavior*,6,337-343,一脉相承的还可参见 Kendler, H. H. 1993. Psychology and the ethics of social policy.

American Psychologist, 48, 1046-1053),其中论述到心理学通过伦理原则来确认与支持社会政策或指导人类行为的能力是有限的。

其他学者也谈到了伦理规范的价值并批评了发展这套规范的方法。波普和韦特尔(Pope & Vetter,1992)抱怨道,制定1992年行为规范的修订程序是有缺陷的,理由是这部规范和原来的规范起草方式不同,过去的规范是"由所有美国心理学会当前会员所面临事件的现代实证数据所指导"(p.409)。他们认为除非采用批判性的事件或实证方法,否则"这部规范将失去其价值与应用性"(p.409)(参见Pope,K.S., Vetter, V. A. 1992. Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association:A national survey. *American Psychologist*,47,397-411.)。

巴劳(Barlow,1989)认为,尽管伦理规范"为所有人尊重、引用、好评且具有影响力,但是却没有实际权威性"(p.9)。他认为规范除了不停地涵盖相互矛盾的原则之外并没有多少道德权威性,因为他们总是不断被修改:

> 赞助商只会对通过民主投票方式确认其组成的特殊利益进行赞助。本质上说这些条款是可以通过投票团的决议来进行修正的。这一政策允许产生由于技术革新而带来的重要升级与修订。但它同时也允许了由于社会政策和道德观念的变化而对条款进行的修正。
>
> 而且,当今发布的版本常常只是团体中所有人当下都同意的一系列共识。更多的异见,来自于倡导者个体所持的立场,普遍、简单而具最低纲领性质。伦理之堤俨然已留下了凿痕,但也不过只是达到了最起码的名副其实而已(p.13)

(参见Barlow, J. 1989. The pratical limits of codes and declarations. In L. P. Bird & J. Barlow(Eds.),Code of medical ethics, oaths, and prayers: An anthology (pp. 9-14). Richardson, TX: Christian Medical and Dental Society.)。

韦尔弗尔和利普希茨(Welfel & Lipsitz,1984)同意巴劳(1989)的观点:

> 近年来,越来越多的人意识到即便有对规范的彻底理解和对违规治疗师的有力惩戒,仍然不足以保证治疗师们能够依规范而行。例如,许多学者……都指出伦理规范仅仅是在总体上指导行为。他们认为治疗实践领域的变化如此之快,以至于即使是不断地对规范进行修订也无法考虑到治疗行为的方方面面。他们同时也指出许多治疗中的伦理敏感情境根据规范的要义是很难进行归类的。在某些极端情况下,遵守规范的这一部分就会导致违反了规范的那一部分。最重要的是,他们认为制定规范的目的从来不是为了让治疗师免除任何独立判断的需要,而是作为一个基础,协助治疗师将规范应用到其面临的特定而复杂的情境(p.31)

(参见Welfel,E. R., & Lipsitz,N. E. 1984. The ethical behavior of professional psychologists: A critical analysis of the research. *The Counseling Psychologist*, 12(3),31-41.)。

正如第1章所指出的,第一部美国心理学会伦理规范发布于1953年,自那以后已经经历了九次修订。鉴于巴劳(1989)和韦尔弗尔与利普希茨(1984)的评论,是否正是由于这频繁的修订而使得规范的道德权威感受到自

己遭受了违背或至少被忽略了？

另一种对伦理规范的主要批评是这些规范往往含糊而模棱两可。1994年、1992年版的美国心理学会规范由几位《职业心理学：研究与实践》（参见第28卷，pp. 315-387）专栏的作者进行评估。在我对他们评论的总结中，我写道：

> 从这些评估者的文章中，我们可以看到三种至关重要又相互关联的主题：（1）当前的规范（1992）尽管比1981版的涵盖更为广泛而明确，但缺乏清晰与精确性；（2）规范中充斥着保留用语而使得那些受命寻找违规根据的人很难下定论；（3）这份规范设计之初更多的是为了保护治疗师而非公众。
>
> ……
>
> 或许1992年版的规范最受批评之处就是对保留语言的滥用。正如几乎所有的评论者所指出的那样，这部规范充斥着诸如"合理的"、"可行的"这样的律师用语般的"含糊之词"……（pp. 383-384）

（参见 Bersoff, D. N. 1994. Explicit ambiguity: The 1992 Ethics Code as oxymoron. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 382-387.）。

据我统计，1992年版的规范中单词"合理的"出现了40次，"可行的"出现了15次。从而导致评论家指出，规范中许多包含这些无用语言的章节都无法胜任为强有力的道德力量，继而使得强制实施非常困难。尽管许多编写2002年版规范的伦理委员会特别工作组成员都意识到了这些批评，其中有些成员还是这些批评文章的作者，但据我统计，这一版本的规范中单词"合理的"依然出现了39次，"可行的"出现了9次，类似"适宜的"单词出现了29次。

但是2002年版规范的作者却支持这些术语的使用。读者们回忆一下该规范的引言部分，在其中作者们提供了以下解释：

> 这部伦理规范在以下情况下会使用一些诸如"合理地"、"适宜的"、"潜在地"这样的修饰词：（1）允许治疗师自己做专业判断；（2）消除不用修饰词所可能带来的不公正或不公平；（3）确保这部规范对于从事各种治疗活动的治疗师都有用；（4）防止制定出一些很快就会过时的死板条文。比如这部伦理规范中所使用的术语"合理的"意思是，对于从事类似治疗活动或身处类似情境下的治疗师，基于他们拥有的或当时应该拥有的知识而作出的普遍的专业判断。

这一解释与定义解决了1992年版规范评论者所关心的问题了吗？或者说，按照含糊性和缺乏清晰指示的标准让 White v. North 加州职业心理治疗师审查委员会（1990；参见本单元第1章）来检查，1992年版是否能超越1981年版的规范？

最后，鉴于在过去十年中心理治疗师被投诉最多的伦理问题是与来访者有性关系、不充分的儿童监管评估以及保险作假（参见本单元第1章），我们干脆起草一份由7个单词组成的伦理规范是不是更为有效：心理治疗师不应当撒谎、舞弊和偷窃（原文七个单词为：Psychologists shall not lie, cheat, or steal）。

学习伦理学

第三单元

从20世纪70年代末开始，美国心理学会就认为研究机构不能只是出于研究目的来培养学生，而要在伦理方面也能对学生进行指导，尤其要关注心理实验和学术领域中的伦理问题。各个研究机构均需培训被美国心理学会（APA）认可的心理学工作者，为学生提供伦理方面的指导，使其熟悉美国心理学会通用的伦理规范（APA Ethics Code）。但接受培训的学生都能像专家那样表现出道德行为吗？就像第一、第二单元的数据和资料所显示的，事实往往并非如此。

正如我们一开始所探讨的，心理学工作者们出于各种各样的原因会违背伦理准则。有一小部分道德败坏者为了金钱、声望和性欲等个人私利，甚至对应有的专业精神和责任意识故意回避、置若罔闻。比如，某个心理学家还没有对他（或她）的当事人（一个被控诉为重刑犯的人）进行咨询，就在媒体前声称自己是该重刑犯的治疗师，这种行为既自私又不可原谅。还有一些心理学家，由于对自己行为的道德后果考虑不周、无知或迟钝而导致违背伦理规范。例如，当一位心理学家得知自己正在辅导的一对父母用藤条体罚他们10岁的孩子后，打电话给儿童保护机构。当这对父母提出抗议时，该心理学家的回答是，从法律的角度自己有责任报告孩子受虐的事实。但该心理学家却忽视了美国心理学会伦理规范要求咨询者保守来访者秘密的要求，从而破坏了治疗关系。

以上所举的例子还是一些相对简单的情况，接下来的这两种情况更为复杂。

第一种情况是，心理学工作者试图遵守伦理规范，但由于缺少明确严谨的文本规则作为指导，于是就依靠自己对于规则的理解行事。如2002年的伦理规范要求心理学工作者在治疗关系建立之初，就和来访者商讨保密原则的界限，“除非这种方法是不可行的或是禁忌的”（APA，2002）。试想，现在有一位已经接受精神分析治疗三年的病人，开始拖欠治疗费用，分析师和病人花了几个月的时间探讨病人不付钱是否因为对治疗有抵触的情绪，结果病人补上了先前拖欠的治疗费用，但最终也终止了治疗关系。后来，治疗师把当事人有价值的信息提供给了社会上的资料收集机构。当事人认为，治疗师这种行为侵犯了自己的隐私权，因为在治疗期间并没有说明会这么做。治疗师的回答是，自己的行为并没有违反伦理准则，因为如果在治疗开始时就对保密范围进行讨论，会影响到和移情相关的问题，使得精神分析治疗无法奏效。因此，“禁止”将保密范围向当事人公开。当初起草伦理规范的人并没有对这种具体情况做出特殊规定，因此，这样的自圆其说也就不足为怪了。

第二种情况就是伦理困境（ethical dilemmas）。即使是全面了解伦理规范的资

深心理学家，也往往选择违背。因为他们认为，为了达到更高层次的伦理标准，可以违背当前的伦理规范。例如，一个10岁的男孩参加了一项关于青春期暴力行为与短期干预的研究。接受访谈时，男孩向研究者反映，他经常会产生伤害隔壁那个年龄比他稍大的女孩的幻想，因为他感觉这个女孩对他不屑一顾。后来的调查得知他还有买枪的意图。尽管研究者知道这个男孩以前没有暴力行为的记录，但还是建议他把情况都告诉父母。男孩断然拒绝，并且不允许研究者这样做，还警告研究者如果不尊重他的意见，就会放弃研究和治疗。女研究员同意了不告知他父母，认为保守秘密从长远来看"对男孩更有利"，这样男孩就不会放弃必须的治疗，且表现了心理学家严格遵守的伦理准则——忠诚。

一周后，该研究员从报纸上得知，一天晚上，当男孩又一次被那个邻居女孩轻视后，他用前一天购买的手枪打伤了她。这个10岁男孩的父母向美国心理学会提出书面抗议，认为研究员应该把男孩潜在的暴力和伤害行为告知他们，而不必考虑孩子的意愿。研究员承认，伦理规范允许未经当事人同意将秘密公开，以保护相关者免受伤害。但她认为，维护男孩的隐私权和自主权，从而确保医患间的信任关系远比伦理规范中所称的"可以告知其父母的权利"重要。虽然在本案例中心理学工作者的决定导致了消极后果，但她的确面临着一个伦理困境。如果她不顾及男孩对她的信任并且拒绝替他保密的要求，她将会被认为是一个遵守伦理规范的人。不过，她坚信，违背男孩的保密要求将与更高层次的、普遍的伦理原则相冲突（即自主并且忠诚于被试的利益，这些原则是她作为一个心理学家，内心价值体系中固有的成分）。

所有心理学工作者在职业生涯中都遇到过类似的伦理困境。当需要做出行动方案时，美国心理学会的伦理规范几乎没有提供关于处理某个伦理困境的绝对的、明确的指导。那些渴望在一个道德不确定的世界里表现出道德行为的心理学家，既需要有支撑他们做出道德判断的哲学基础，还要有在此基础上衍生出来的方法，来制定可供选择的可操作性方案。

本单元提供了一些认识伦理困境的框架结构，目的是找出解决问题的可能方法，或者找到与个人的职业道德理想和价值体系相关联的有效伦理原则（ethical principle）。然而，正如本单元案例中的主人公所辩解的那样，道德行为并不是一个明确划分的函数。相反，道德行为受以下因素的影响：具有启发性的综合知识，对美国心理学会伦理规范相对熟悉，了解解决问题和做出决策的方法，对隐藏在伦理规则背后的哲学原理的清晰认知（这些哲学原理有可能相互对立），具有相对完善的个性特点，从而能熟练、公正、清楚、机智、灵活地处理问题。

本单元将集中讨论七个中心问题，不可避免地要用伦理困境来挑战和检验心理学从业者、研究人员和专家。这些问题围绕着以下方面展开：保密原则、复杂的人际关系、评价体系、治疗干预、教学与研究、成为一个合格的目击证人以及处理工商领域中的心理学问题。本单元的内容能够为道德判断提供理论基础，因此，对于理解和整合本书其他单元是至关重要的。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

“渗透式”(Osmosis)伦理培训存在的问题



⊙ 米切尔 M. 汉德尔斯曼(Mitchell M. Handelsman)

渗透式伦理培训是在监督的情境中进行伦理培训的实践活动,随着对案例讨论的深入,对问题的敏感性会逐渐增强。本文认为依靠这种非正规的方法来教授伦理规范是一种冒险行为。

首先,监督的性质和范围会制约这种培训。“一般认为在临床和医院里可以实施充分的监督,但事实远非如此”(Arnhoff & Jenkins,1969,p. 441)。通常,研究机构的需要和时间限制,决定了能否对伦理问题进行细致的研究。督导(supervisor)在伦理道德方面的胜任资格也是一个制约因素。多尔顿(Dalton)曾经指出:“学生的学习受制于督导对于伦理困境和道德假设的清醒意识程度,督导没有认识到的问题就不会被学生有效地认识或提及(Dalton,1984,p. 186)。”所谓的“广泛监督”可能只是一种责任转移……

尽管人们知道,当在医疗过程中涉及伦理问题时,督导对有关问题进行研究是适当的(当然,这仍是经验问题),但这种方法并不能保证各式各样的伦理问题都会在监督情境中出现。泰姆恰克(Tymchuk)等在回顾以往的研究中发现,有58%的心理学博士称在处理心理学中的伦理问题时,自己并没有得到有效的指导(Tymchuk et al. ,1982,p. 419)。人们也许可以公开面对这些伦理问题,弥补这方面知识的不足,而不是侥幸地将问题留给机遇……

毋庸置疑,对于有意义事件的学习是重要的,而且在临床治疗实践中所遇到的伦理问题显然是有重要意义的。然而,仅仅依赖这种学习方式还不够。在伦理培训过程中,必须让学生形成新的伦理观念并遵守训练程序。必须把伦理思考作为一项技能来教授,使其得以发展,但它和治疗过程或测验本身等并没有必然的联系。

可以通过理论联系实践的方法教授伦理课程,从而使这类课程变得更有激励性,更有意义。伦理学习的内容包括:伦理观念(ethical concepts)(Solomon,1984)、伦理思维过程(ethical thinking processes)(Tymchuk,1981)、价值辨析(values clarification)(Abeles,1980)、对教材的综合学习以及对伦理困境的探索等。

参考文献

Abeles, N. (1980). Teaching ethical principles by means of values confrontations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *17*, 384-391.

Arnhoff, F. N., & Jenkins, J. W. (1969). Subdoctoral education in psychology: A study of issues and attitudes. *American Psychologist*, *24*, 430-443.

Dalton, J. H. (1984). Discussing ethical issues in practicum courses. *Teaching of Psychology*, *11*,

186-188.
Solomon, R. C. (1984). *Ethics: A brief introduction.* New York: McGraw-Hill.
Tymchuk, A. J. (1981). Ethical decision-making and psychological treatment. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, *3*, 507-513.

评论：

将上面汉德尔斯曼(Handelsman, 1986)所述观点与下面韦尔弗尔和利普希茨(Welfel & Lipsitz)两年前所写的文章相比较：

> 虽然研究机构在培训过程中所提供的伦理课程在有效性上取得了令人瞩目的成就，但几乎没有关于这些经历对学生影响的系统研究。事实上，很少有关于这些课程到底教授了什么的报道。
>
> 只有少量文献提及伦理课程对学生有积极影响，但还没有研究报告指出这类训练究竟对学生产生了什么样的影响，或者对影响效果是短暂的还是长期的进行检验。另外，没有比较伦理学是作为一门单独的课程来教授比较好，还是整合到一学期的所有课程中更好。因此，在研究机构中单独开设伦理课程是基于这种课程会对学生产生好的影响的"一厢情愿"，而不是基于任何研究资料。考虑到这种训练将花费大量的时间与金钱，因此，对该课程有效性的系统研究应该说是迫在眉睫了(Welfel & Lipsitz, p37)。

然而，正如韦尔弗尔(Welfel, 1992)后来所言，自从1979年美国心理学会要求所有它认定的研究机构都要对研究生进行伦理培训，到1990年为止，有69%的研究机构把伦理学作为一门独立的课程来教授，通常在教学中占20~30个小时。她总结道，研究机构现在把伦理培训视为自身的责任，而不只是医疗中心督导们的责任(Welfel, 1992, p. 182-189)。

最近的一项研究为伦理教育的效果提供了依据，至少关注到了研究生在处理伦理问题时的知觉。该研究调查了223名心理学专业1到5年级的博士生，其中一半的人接受过伦理课程培训，调查内容为他们是否对12个涉及伦理的问题有所准备。一般而言，在解决诸如对研究的知情权(informed consent)、保密(confidentiality)、非心理学工作者要求得到测验材料的请求、儿童虐待和双重关系等问题时，学习过伦理课程的学生比对照组(未学过)更加有准备。实验组和对照组的学生在面对以下三个问题时觉得困难最大：面对同事可能存在的违背伦理原则的行为(只有48.8%的实验组和18.6%的对照组学生在这件事上有准备)；对待有暴力倾向的来访者(只有30%的实验组和18.6%的对照组学生在这件事上有准备；)儿童监护问题(只有10%的实验组和7.1%的对照组学生在这件事上有准备)。这项研究并没有调查学生在遇到自己有所准备的冲突情境时，实际处理效果如何(Tryon, 2001, p375-390)。

普兰特(Plante)曾经指出，许多伦理课程受到指责是因为它们过多关注了伦理准则与规范，而忽视了对解决日常生活中出现的伦理困境问题的训练(Plante, 1995, p. 616-619)。

但是，也有研究者认为，伦理训练应该采取其他不同的方法。比如佩莱格里(Pellegrin)和弗鲁伊(Frueh)建议，心理学博士生不能只学习伦理原则，还应该接受和其学位相关的哲学训练。因为，哲学问题与思辨是伦理原则形成的基础(Pellegrin & Frueh, 1994, p970)。

下面三篇文章描述了不拘泥于伦理准则的课程，也包含有对普兰特、佩莱格里和弗鲁伊的批评。

培训有道德的心理学家——文化适应模型



⊙ 米切尔·M. 汉德尔斯曼,米歇尔·C. 戈特利布,塞缪尔·纳普
(Mithchell M. Handelsman, Michael C. Gottlieb, and Samuel Knapp)

学生如何形成"做一个有伦理道德的专业人士"的观念?他们如何在成为心理学家的过程中发展"专业伦理认同"?提出这些问题是为了更好地改善学生的伦理道德行为,同时,也使他们对于日渐复杂的专业领域更加敏感,做好充分的准备。

成为有伦理道德的专业人士远比简单地遵守规则或跟在教练后面亦步亦趋复杂得多。帮助学生成为心理学工作者也不仅仅是教给那些品行端正的学生专业规则,因为他们对这些规则很容易理解和掌握。"2002 年胜任力会议"(Competencies Conference 2002)中的伦理道德工作小组对于伦理训练的复杂性进行了研讨(2002;de las Fuentes,Willmuth & Yarrow,2003)。发现至少有三个原因导致了伦理培训的复杂性:第一,伦理规范中的有些条款模糊不清甚至自相矛盾(Keith & Spiegel,1994);第二,仅通过观察来学习心理学中的职业伦理是有缺陷的(Branstetter & Handelsman,2000;Handelsman,1996);第三,伦理学应该是对正确和错误两个方面的研究,但在培训中却经常只是关注错误方面。此外,许多伦理培训课程只教授伦理规范或伦理困境中的危机处理策略,却缺乏实践与练习环节。

如果伦理培训仅仅局限于对伦理规范的学习,那么学生可能就意识不到良好的伦理思维需要渗透到他们的专业活动中。对于"成为一个有道德的心理学工作者"的认同过程是非常复杂的,这就需要以一种全新的方式来对待培训,将其看作是一个文化认同过程。

我们的假设是心理学作为一门专业学科,有其自身的传统、价值观和实施伦理规范的方法,呈现出一种独特的文化。那些选择进入研究机构并且在学术工作中表现卓越的学生,可能已经接触到一些心理学的专业价值观。然而,他们对心理学文化的了解不一定全面。我们相信,心理学家可以继续发挥他们的潜能来帮助学生掌握伦理价值观与规范。

心理学中"文化"概念的内涵比"伦理"的范围要大得多,文化适应模型可以在伦理培训中广泛应用。我们关注伦理是因为它超越了这一学科的所有方面,并且与专业储备的其他方面相比,伦理训练被忽视了。本文提出伦理培训是一个文化适应过程,并提供了一些研究结论和可操作性的建议。

心理学的文化

贝里(Berry)和萨姆(Sam)将文化适应定义为:"对个人与文化同一性的清晰感知、心理健康以及在新的文化环境中个人需要得以满足的一系列内在的心理结果"(Berry & Sam,1997,p. 299)。在对"伦理适应"定义时,可以将上述的"文化"替换为"伦理"。心理学的伦理文化可能和学生的传统伦理价值观念迥异,即使对于一些教师而言,新的文化价值观也可能与其直觉背道而驰。例如,借钱给朋友的行为通常被认为是关心和互助的体现,但如果借钱给一个正在接受治疗的当事人则意义就完全不同了。

心理学文化是复杂、多元的,但包含着一致的价值观、传统与规范。这些价值观包括:科学的思维过程、意识到行为的复杂性、运用科学的理论指导实践、追求真理、终身学习、分享知识、改善社会状况、对多元的包容以及追求社会公正。当然,这里提及的有些价值观也存在于其他学科与专业领域中,但这些元素的独特组合以及助人的传统使得心理学呈现出一种独特的文化特征。

和其他任何专业一样,心理学专业学生的文化适应过程是漫长而复杂的。为了推进这一进程,对文化适应模型主要内容的回顾会对学生有所裨益。

贝里的文化适应模型

贝里认为文化适应是适应的一种形式,它包括两个维度,又可以分为四个文化适应策略或适应方式(Berry,2003;Berry & Sam,1997)。

贝里和萨姆将第一个维度称作保持,是指认同原来的文化。他们曾经提出过这样的问题:"保持文化的同一性和特征是有价值的吗"(Berry & Sam,1997,p. 296)。当人们进入一种新的文化(不是自愿的就是被迫的)就需要适应,他们维持原有文化价值和传统的程度随各自的意愿不同而有差别。在这一连续体的一个极端是完全放弃原来的文化,另一个极端是完全保持传统文化。

第二个维度是接触和参与,指对要适应的文化的认同。贝里和萨姆曾提出过这样的问题:"和主流社会保持一致是有价值的吗(Berry & Sam,1997,p. 296)?"对新文化高度认同的个体看到了新文化的重要价值与潜力,而那些认同度低的个体拒绝接受新文化,他们采取忽视或轻视的态度……

贝里认为,根据在上面两个维度中得到的较高或较低的分数,可以将文化适应分为四种可能的策略(见表1)。"对这四个选项的态度和与之相应的行为方式构成了个体的文化适应策略"(Berry & Sam,1997,p. 297)。

		原初的个人道德水平	
		低	高
心理学伦理认同程度	低	边缘化	分离
	高	同化	整合

图1 贝里道德文化适应模型(Berry ,1980,2003;Berry & Sam,1997)

本文将就这四种策略进行讨论,虽然这里呈现的是处于维度两端的典型的文化适应策略,但应该认识到,每个策略都包含一系列连续行为。

整合

采取整合策略的人既保持原来传统中的重要方面,又吸纳新文化中有价值的部分。整合是文化适应策略中最有效的一种(Berry,2003;Berry & Sam,1997)。应用到伦理文化适应方面,采取整合策略的人将在采纳心理学伦理价值观的同时,维持自己的传统价值观。

经常选择其余三种策略的学生和心理学工作者,可能会陷入孤立或遇到职业伦理问题,因为那些策略与内隐的错误观念相联系。一旦发现自己有无法接受的冲突价值观,有些人会选择从事与自己价值观一致的其他职业,另外一些人可能会在冲突中继续从事原来的职业,但是极易导致伦理问题的发生。

同化

贝里(Berry,2003;Berry & Sam,1997)把在接触维度上得分相对较高但在保持维度上相对较低的策略称为同化。同化策略的极端表现是完全接受新文化,抛弃原来文化中的价值观和传统。这种策略意味着个体遵守专业的伦理标准,但几乎没有个人的伦理基础。

学生使用同化策略的后果可能是危险的,尽管并不一定立即显现出来。被培训者有强烈的动机要形成专业认同,以至于放弃了先前指导个人生活的价值观。原因可能是还没有形成一种强烈的个人道德意识,或者认为自身的价值观与职业无关或没有必要在职业生涯中表现出来。

采取同化策略时,对形式的追求显得比实质内容更重要,导致了对专业胜任力的错误理解。学位、执照和装饰豪华的办公室都意味着进入了职业。证书、成员资格和专业协会的办公室可以带来个人满足,但是并不能展现出专业成就。如果没有扎实的专业基础和对专业文化中伦理价值的尊重,这些外在的形式不仅毫无意义而且有潜在危害。

隐藏在同化策略中的一个错误观念是"美国心理学会伦理规范包含了所有我们需要知道以及实践(包括教导和研究)的内容"。心理学家可能试图遵守和应用

APA 的标准,或者州法律,却没有理解其背后的一般伦理原理,也没有理解法律规范并不能指导一个人的全部生活。同化策略仿佛是空中楼阁,可能会导致墨守陈规、过分简单地运用伦理原则。

分离

分离策略是指在保持维度上得分高而在接触和参与维度上得分低的情况。在心理学训练中,学生们可能表现出,对在成长过程中或从其他专业获得的价值观高度认同,而对心理学价值观认同程度较弱。

主动拒绝接受心理学伦理文化的人,虽然有丰富的个人道德准则且是出于好的意图,却没有意识到,将一系列不匹配的道德规则和美德运用于专业领域是有潜在危害的。

边缘化

边缘化指对新旧文化都不认同,是最有可能带来问题的一种文化适应策略。边缘化有时是一种权宜之计,当人们迁移到一种新文化中,在尝试接受新文化前首先要放弃原有文化。然而,边缘化也可能是一种持续的疏远状态,或者是尝试其他策略失败后的无奈之举(Berry,2003)。采用边缘化策略的心理学工作者,既没有形成良好的个人道德意识,也没有内化职业伦理,有违背伦理原则的危险。精神病患者就是这方面的极端例子,对新旧文化都完全排斥。虽然在心理学工作者中这样极端的例子不多,但确实有很多人对新旧文化认同程度都不高。

与采取整合与同化策略的心理学工作者不同,采取边缘化策略的人会不顾及个人的便利性去遵守伦理标准而不是道德承诺。隐藏在这种策略中的错误观念可能是认为必须遵守所有的伦理规范及标准。

教师和督导对文化适应模型的运用

当教师和督导把伦理规范不仅看作一系列禁律,而且当作学生成为心理学工作者必须具备的条件时,整合策略就会适时地出现了。行为规范、执照委员会规则和其他法律文件对于学生来说只是道德底线,或者是最低标准。学生自学这些文件会导致其选择分离的策略,他们会认为同道德认同观念相比,规范与法则属于外在的东西(毕竟学生们不会说,他们想成为心理学工作者,所以要遵守规则)。积极教授伦理学(Handelsman,Knapp & Gottlib,2002)也就是帮助学生理解:伦理规范不仅是“底线”,而且是心理学文化中的正式成员所必需的。

选择培训生

一年级的研究生常常不知道自己应该做什么。那些“因为想帮助他人”而选择心理学的学生尤其震惊于心理学工作者们持有不同的价值观和原则。有的与助人的价值观毫不相关,有的相关甚少,有的甚至背道而驰。文化适应的框架可以帮助培训机构选择适应性强的学生。比如,在培训中让学生写一篇论文,阐述对伦理道德文化的预期与接受新价值观的意愿,或描述从前实现伦理价值观与适应性形成的

过程。这些论文或其他评价方法并不能保障一个人的伦理道德行为，而是更类似于可教育性测验，有助于预测学生在研究生涯中学习和适应新的伦理道德文化的能力。

伦理文化适应的第一个阶段

新生们对心理学伦理知识的了解和理解程度是有很大差别的……许多人可能并未意识到心理学中的伦理标准、著作及实践的专业性。这类学生在面对新文化的价值观、传统和行为时，可能会产生文化适应压力……

在文化适应的早期阶段，教师和督导可以对学生采用一种技术，即问以下问题："你至今所了解的最违反直觉、让你震惊和惊讶的专业活动是什么？作为一个专业心理学工作者，你最不期望的事情是什么？"当在专业课程和专题讨论会上提出这些问题时，许多学生认为，对人际关系变化的速度和程度还未准备好，在一节心理学课都没有上之前，亲友们就把自己当作心理学专家了。还有人提到给朋友提出建议时会觉得不自然，因为这种建议可能被误解为治疗。使学生惊讶的还有，助人行为中所承担的巨大责任，不同人群需要的差异性，以及使美国心理学会伦理规范(2002)和其他文化组织的传统保持协调的挑战。还有的学生不愿意像帮助朋友一样去帮助一些来访者，比如罪犯和贫困者。

伦理课程

伦理课程为学生进行文化适应和形成伦理道德同一性提供了良好的机会。在学习相关规范和讨论案例时或在此之前，让学生反思自己的背景、价值传统和原来的道德文化是有必要的。而且教师理解了如何适应学生的价值观和技能后，上课会更有效。实现这一目标的方法是让学生写一篇伦理道德自传，描述现在的职业伦理观念是如何形成的。

伦理道德自传之间的差异非常大，就像是种族图谱或家谱，在自传中学生探讨了家庭成员和生命中其他重要人物的伦理道德和职业倾向。熟知伦理道德观念的起源有助于学生理解和利用其他课堂活动，比如研究案例短文，叙事的方法，分析当事人、其家人和专业人员的第一人称描述内容，以及探索影响道德行为的情境性和情绪性因素(Knapp & Sturm,2002)。

道德自传或图谱也会使学生更容易明白，一般的道德意识并不能构成职业情境中道德行为的充分基础(Kitchener,2002)。了解个人内隐的道德原则，也有助于理解道德法规背后的哲学原理。让学生对美国心理学会伦理规范进行质疑与思考，可能会是一种整合心理学与自身文化的有效方法，并促使学生选择整合的策略。

实验课程指导

随着学生从课堂学习转到课程实验，文化适应的任务就是将新的道德认同运用到真实情境中去。让学生应对随时出现的不协调因素和鼓励学生对新文化持开放的态度(包括在教室和真实情境中)很重要。伦理培训教师处理所扮演的角色时可能会有困难。一方面，通过提醒学生，处于复杂生活情境中的人，并不总是能够实现他们的最高职业理想，让学生产生免疫能力；另一方面，可能会传递给学生这样的信

息，道德上有问题的行为至少在一定程度上被权威专家容忍了。教师与督导可以向学生介绍自己第一次遇到伦理冲突时是如何处理的，以及现在会如何看待。

那些重视伦理问题的老师会帮助学生理解个人的职业准则是如何影响决策过程的（Knapp & Sturm,2002），受过这种整合训练的学生更擅长于自己做出伦理道德决定。

实验课程指导老师可能想创造一种开放讨论伦理道德问题和进行伦理道德抉择的情境。应该把这种讨论当作文化适应过程，而不是简单地声讨道德弊端，变成无效率的伦理道德课程。

培训项目

心理学家能够在院系和科研机构中，努力为同事和学生创造一种伦理文化。心理学系里伦理倾向的发展如同团体意识一样，既不是随机的也不是偶然的（Appleby,2002），文化适应良好的教师最有可能在学生中创造出一种促进整合性文化适应策略的环境。

另外，院系可以通过常规教育（如伦理讨论、道德奖赏）、对道德角色榜样的认同（比如，用自己的专业技能帮助社会上不幸之人的慷慨之士），以及道德讲述（激励或维持道德行为的高尚道德故事）等方式创设伦理情境。我们可以借鉴加德纳等（Gardener et al., 2001）在2001年提供的遗传学和新闻学中高尚道德行为塑造的成功案例。

一些培训项目中出现的言行不一的现象，会导致学生感到文化适应的压力。一个人已有的道德准则和明确的价值观念，可能会被培训项目中的事件或教职员违背最高职业规范的行为所腐蚀。有文献记载了一些不道德行为，如助教毫无准备地讲课以及师生卷入性关系（Branstetter & Handelaman,2000；Glaser & Thorpe,1986；Hammel,Olkin,Taube,1996）。

持续不断的文化适应

并不是说获得了学位或执照后就一劳永逸了。随着文化的变迁，改变价值观、维护及履行高尚道德将持续在一个人的整个职业生涯中。继续教育能够推动持续的伦理学的文化适应过程。

总　结

文化适应模型推动伦理行为的有效性是一个经验主义的问题。如果规范与原则被反复灌输且嵌入到学生的价值观系统和专业网络中，学生就会较少违反伦理原则，不易感觉到孤立，并且根据伦理原则和规范合理表现（cf. Bernard and Jara, 1986）。另一个来自该理论的预言是，如果学生能够独立处理不符合伦理规范的困境，他们将更好地应对心理学中的伦理冲突。

文化适应模型不只是降低了违规行为，而且在伦理培训的应用方面影响深远。首先，它能导致恰当的伦理行为而不只是简单的遵守规范。第二，它能培养出较为友好的，融合力更强的专业人才，能更灵活应对变化的环境，更有能力为社会做出贡献。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Appleby, D. (2000, November). Academic community building. *APA Monitor*, *31*, 38-41.

Bernard, J. L., & Jara, C. S. (1986). The failure of clinical psychology graduate students to apply understood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*, 313-315.

Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models, and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview Press

Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 17-37). Washington, DC: American Psychological Association.

Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 291-326). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Branstetter, S. A., & Handelsman, M. M. (2000). Graduate teaching assistants: Ethical training, beliefs, and practices. *Ethics & Behavior*, *10*, 27-50.

Competencies Conference 2002. (2002). *Future directions in education and credentialing in professional psychology.* Retrieved April 20, 2004, from http://www.appic.org/news/3_1_news_Competencies.htm

de las Fuentes, C., Willmuth, M. E., & Yarrow, C. (2003, August). Knowledge is not enough: Training for ethical competence. In N. J. Kaslow (Chair), *2002 Competencies Conference: Update and future directions.* Symposium conducted at the 111th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

Gardner, H., Csikszentmihalyi, M., & Damon, W. (2001). *Good work: When excellence and ethics meet.* New York: Basic Books.

Glaser, R. D., & Thorpe, J. S. (1986). Unethical intimacy: A survey of sexual contact and advances between psychology educators and female graduate students. *American Psychologist*, *41*, 43-51.

Hammel, G. A., Olkin, R., & Taube, D. O. (1996). Student-educator sex in clinical and counseling psychology doctoral training. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 93-97.

Handelsman, M. M., Knapp, S., & Gottlieb, M. C. (2002). Positive ethics. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 731-744). New York: Oxford University Press.

Keith-Spiegel, P. (Ed.). (1994). The 1992 Ethics Code: Boon or bane? [Special section]. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*(4).

Knapp, S., & Sturm, C. (2002). Ethics education after licensing: Ideas for increasing diversity in content and process. *Ethics and Behavior*, *12*, 157-166.

Robertson, I., & Downs, S. (1979). Learning and the prediction of performance: Development of trainability testing in the United Kingdom. *Journal of Applied Psychology*, *64*, 42-50.

伦理教育与实践中的能力训练 3

⊙ 玛丽·E. 维尔姆斯，凯瑟琳·耶罗（Mary E. Willmuth, and Catherine Yarrow）

“2002胜任力会议”于2002年11月7日至19日在阿拉巴马州的斯科斯蒂尔举行。这个研讨会由心理学博士后和实习中心联合会（Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers）主办，来自加拿大、英国和美国的发起人协办，包括董事会、委员会和APA的分支、教育与训练团体、认证与监察当局和亚群体伦理心理组织。我们参与的工作小组负责伦理、法律、公共政策、倡导以及专业方面能力的界定、训练和评估。小组成员大部分时间在讨论伦理道德能力的训练与评估，这篇文章呈现了工作小组成果的综述，通过相关文献组成：(1)伦理道德能力核心部分的鉴定；(2)丰富知识、提升技能、完善态度以成为一个合格的伦理心理学家所需要的关键性教育与训练经历；(3)伦理能力的评估。

道德能力核心部分的界定

专家们对伦理道德能力的核心部分达成共识。工作小组经过对指导性模型激烈的讨论与辩论后，认为从事伦理培训的心理学工作者需要具有以下能力：

(1)能够评估、采纳和适应伦理道德判断模式并依据个人的文化背景将其运用到专业领域的各个方面；

(2)能在专业活动课程中辨别伦理困境（包括通过研究和咨询确定该困境是否存在的能力）；

(3)能够识别以及根据法律法规调解伦理冲突，能处理集中与分散或模糊不清等状况；

(4)能恰当提出并解决伦理和法律问题。

工作小组认为，以上总结的道德能力的核心部分是伦理教育的基础，它们既不是按次序排列也不是相互独立的，而是部分重叠并且贯穿于心理学工作者整个专业生涯中的。

监管：负责选拔和调整培训者

尽管开发伦理培训项目的初衷是提高心理学工作者的道德决策与行为水平，然而，影响道德行为的因素非常复杂。因此，断言培训项目一定能够发展学生某一方面的伦理道德品质是不切实际的。一个综合的伦理教育项目应包括以下内容：

(1)选择合适的培训生,他们的心理特征和道德品质不能对他们日后将提供的心理服务造成干扰;(2)一旦学生被选拔进入训练项目,要监控其运用认知与情感,实际地处理伦理问题和困境的能力。工作小组一致认为,培训项目以及培训教师应对其评估的学生个人和职业能力负责,使其在实践中更好地服务于公众、学生团体以及专业发展。实际上,APA 伦理规范认为可强制研究生和其他学生公开自己过去的信息(那些影响其个性和适应性的信息,Johnson & Campbell,2004)。

> APA 伦理规范规定,在下列情形下应该将信息公开:如果这些信息对于学生的评价和获得帮助是必要的,比如,个人问题被判定为妨碍其完成伦理培训,或者确实与其专业行为相关,或者显示对自身和他人有威胁(APA,2002, Section 7.04,pp. 1068-1069)。

另外,工作小组认为培训项目还应包含以下内容:明确心理学领域内的伦理道德行为,补救不合理或非道德的专业行为,在补救计划不能实施或没有选择余地(如在损害性、非伦理性或不合适行为)的情况下结束课程学习,根据学生在培训项目中的表现确定下一步培训程序(2002APA,7.02:教育与训练项目详解)。如果学生的言行、个性、能力或道德品质不足以服务于公众,训练机构就可能给学生较低评价或开除(如果有必要的话)。

环境和榜样

工作小组成员回顾、讨论了许多自己训练的案例,还有针对培训生而不是管理者或教育者伦理标准要求的案例。比如,男性治疗师和女性来访者之间非伦理的性关系是最严重的违规伤害行为,那些与其学生有非伦理性多元关系的心理学工作者为他人树立了什么榜样呢?如果人们表现出道德行为是因为其他人树立了榜样(Rest,1983),反之难道不成立吗?课堂上讲授的师生关系在课堂外可以被否定吗?作为培训师和教育者,在面对来访者、督导、学生、研究参与者、下属及在次要职位的其他人时,是否表现出恰当的态度与行为?克彻纳(Kitchener)悲叹道,保持缄默是正在接受高等教育的、能力出众的学生面对伦理道德责任时经常采取的态度,在心理学中尤甚。他还提出,伦理原则应该作为心理学中伦理教育的基础。

工作小组认为,尽管大多数培训项目会教授道德观念和禁令,但仅仅依靠教授的方式有局限性,并且不一定会转变成道德行为。一个全面的伦理培训项目应包括:(1)在培训中灵活运用伦理原则,将伦理原则变成学生专业认同的一部分;(2)一种培训不只是关注治疗环境,也要关注培训发生时的社会和文化情境(Housman & Stake,1999)。

道德能力训练

工作小组还讨论了在伦理学教学和实践中忽视多元文化的问题。我们认为,伦理规范和实践在同一个文化情境中发展起来,同时也受多种文化影响。凡涉及多元文化的伦理培训项目都有必要以 APA 指导方针为准绳,比如,男、女同性恋和双性恋的治疗以及对于女性和其他弱势群体的治疗。

工作小组认为,伦理问题应该被渗透到所有训练课程中。尽管大家一致认为,考虑到学生的专业发展,培训应逐步进行,但在培训程序上却未达成共识。我们将

介绍培训机构为提高个体伦理道德水平而进行的技能培训过程，该程序反映了培训过程中循序渐进的特点。

初学者应该能够展示以下理念、知识或技巧：一定的伦理道德决策与伦理道德行为能力；从文化情境中获取价值观和信念的能力；了解伦理规范和实践指南；了解伦理原则、美德和目标；了解案例法。

初学者必须能够展示以下技能：清晰解释自己的伦理价值观和态度；灵活进行人际交往；对新思想和变革的包容；对待新事物和变革的开放态度；对待反馈的非防御性态度；充分认识跨文化伦理道德价值观的不同之处并正确评价。

教授道德推理和道德行为

伦理行为有几个来源，其中之一便是道德。尽管已有实证研究涉及教授新的从业人员避免或处理伦理问题的课程或模式，但是许多人（e. g. Fly, Van Bark, Weinman, Kitchener, and Lang 1997, Welfelang Kitchener, 1992）认为雷斯特（Rest）的工作为伦理培训提供了切实的指导。雷斯特的伦理决策四阶段模型包括：(1)伦理困境的意识及相关的情绪反应；(2)对伦理问题的认知；(3)确定道德行为方式；(4)恰当的道德行为反应。弗莱（Fly）认为，包含所有阶段的伦理课程也许会有效推动研究生的伦理道德发展，因为他们学习了如何避免触犯伦理规范，并做出符合规范的行为。

伦理原则和美德

在克彻纳的伦理决策两水平理论中描述了规范伦理学在学校里应用的情况。他指出，比彻姆（Beauchamp）和奇尔德雷斯（Childress）的伦理五原则（自主、非伤害、慈善、正义和忠诚）组成了咨询和心理学情境下的道德评估基础，培训师应该思考这些原则如何影响了 APA 的伦理规范，如慈善、非伤害、忠诚和责任、正直、正义以及对人权和人格的尊重。

美德伦理学关注个体的个性而不是某个伦理困境的解决。根据米尔拉、施米特和戴（Meara, Schmidt & Day, 1996）的观点，美德伦理学的独特性表现在关注个体在某一传统、文化、群体或社会中表现出来的动机、情绪、人格特征、理想和道德行为特征。作为伦理教育者，应该向学生明示，心理学工作者在专业生涯中要同时具有美德和道德原则。

工作小组认为，心理学工作者是终生学习者，因此，应该加入或组成一些网络和咨询—学习团体，在团体中能够就所提供的伦理道德服务内容和能力进行交流和反馈。为了推动这一进程，那些还没有这样做的管理者应该向加入咨询—学习团体的先行者提供继续教育的保障。继续教育推动了对实践中伦理道德决策科学性的讨论，而且使心理学工作者在面对伦理困境时，更有可能得到恰当的咨询。另外，心理学工作者能够充分利用大量的继续教育机会进行伦理实践，提高自身技能。

伦理学中的能力评估

工作小组认为，多模型评估方法对保证学生发展伦理道德实践技能是必要的，评估模型应包括以下几个方面：

(1)贯穿整个培训过程的伦理道德诚信评估。包括：监控抄袭、伪造数据以及

伪造自己工作量或贡献的虚假资料(如在团队项目中),因为这些反映了不诚实的态度和行为。

(2)临床实践中伦理道德能力的评估。包括泄漏秘密、逾越性别界限、损害客户利益、提供给督导歪曲的信息以及破坏伦理或法律程序。这些违规行为不仅给客户造成了伤害,而且反映出对专业的核心价值观的误解或违背。

(3)通过360°评价进行评估。在培训情境下每个人(同伴、后勤服务人员、管理者、教师、督导和来访者)都能对学生和涉及学生人际关系和伦理能力的项目进行评价以及提供反馈。

(4)运用关键事件法对学生应对真实伦理困境能力进行评估。该方法将记录以下过程:学生是否意识到伦理或法律困境,是否进行咨询或求助于督导,对文化及情境的敏感性是否恰当,以及是否以符合伦理规范的方式来处理问题。工作小组认为,应该公开、灵活地运用该方法,以便所有相关人员都能参加讨论,互相学习。

总　结

我们用教育学家、伦理学家梅克巴·瓦萨奎兹(Mekba Vasquez,1992)的引言来结束本文。他说:"从事非伦理行为问题研究的专业人士认为,对付专业人员的误导最有力的武器就是受训者接受教育。"工作小组强调了这个信念,并且提供了多种提高伦理教育水平的方法,通过这些方法可以提高学生的伦理道德水平,发展心理学专业并且保障消费者得到高质量的心理服务。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.

Fly, B. J., van Bark, W. P., Weinman, L., Kitchener, K. S., & Lang, P. R. (1997). Ethical transgressions of psychology graduate students: Critical incidents with implications for training. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 492-495.

Housman, L. M., & Stake, J. E. (1999). The current state of sexual ethics training in clinical psychology: Issues of quantity, quality, and effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, *30*, 302-311.

Johnson, W. B., & Campbell, C. D. (2004). Character and fitness requirements for professional psychologists: Training directors' perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 405-411.

Kitchener, K. S. (1992). Psychologist as teacher and mentor: Affirming ethical values throughout the curriculum. *Professional Psychology: Research and Practice*, *23*, 190-195.

Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist*, *24*, 4-77.

Rest, J. R. (1983). Morality. In P. Mussen (Series Ed.) & J. Flavell & E. Markham (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Cognitive development* (pp. 556-629). New York: Wiley.

Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*. New York: Praeger.

Vasquez, M. J. T (1992). Psychologist as clinical supervisor: Promoting ethical practice. *Professilnal Psychology: Research and Practice*, *23*, 196-202.

Welfel, E. R., & Kitchener, K. S. (1992). Introduction to the special section: Ethics education—An agenda for the '90s. *Professional Psychology: Research and Practice*, *23*, 179-181.

伦理道德哲学和原则的基本流派与问题的历史概览：从心理学角度理解伦理学的基础 4

◎ 乔安妮·E.卡兰和梅根·E.卡兰(Joanne E. Callan and Megan E. Callan)

伦理学理论和系统:过去以及现在

现代西方伦理学思想

现代伦理学和道德哲学,尤其在西方世界,是从古希腊、中世纪以及文艺复兴时期的教育衍生而来。那时的学说纷繁复杂……康德、本瑟姆和米尔斯等著名的理论家在16世纪文艺复兴末期,300到400年间发展了主要的伦理学流派。这些理论家的研究出现于20世纪之前,同时代的思想者为他们对伦理学理论的贡献做出了注解。

伊曼纽尔·康德(Immanuel Kant)的义务论伦理学认为,不仅要靠外在因素还要通过行为本身来判断行为的正确与否。在《道德的形而上学基础》这本书里,康德挑战了“行为只能因其后果是正确而正确”的观点。他强调“自由是任何行为的根本,以及个体自主对于正确行为的关键作用”。自由的唯一途径是人的行为由先天具有的意志决定。在判定什么是善之前,必须判定什么是对的(Schneewind,1993,p. 150)。康德提出的中心问题是“我应该做什么?”(O' Neill,1993,p. 175)。他的作品聚焦于确认“我们应该遵守的准则或行为的基本原则”,而且强调与这些准则相一致的强制性义务或责任。

康德将他包罗万象的道德原则称作绝对命令(Categorical Imperative)或普遍规律(Universal Law),普遍规律指的是伦理学必须服务于一切(如它们必须在自然界和应用方面是普遍适用的)。而且,绝对命令规定了个体应做什么而不必考虑后果。根据康德的观点,一个人在行动时,只需要考虑是否与普遍的伦理价值规范相符合。康德主义的另一个原则强调对自己和他人的尊重,他曾说过:“不尊重他人和自己的结果是一种道德或义务丧失。”

杰里米·本瑟姆(Jeremy Bentham,1748—1832,现代功利主义(Utilitarianism)建构者)提出普通人能够通过有意识地应用抽象的道德理论得到足够的行为指导。他的理论被约翰·斯图尔特·米尔(John Stuart Mill,1806—1873)补充完善,并一同被视为对功利主义“第一次详尽而系统的描述”的人。该伦理学理论建立在实用原

则或“最大快乐”基础上,当行为倾向于创造快乐时是正确的,否则便是错误的。

功利主义者注重行为后果,认为人们在最大快乐的基础上选择行为,该理论作为结果论或目的论而为人所知。

……

尽管实用主义思想继续影响伦理哲学,但阿拉斯和斯坦伯克(Arras & Steinbock,1995)对4个方面进行了质疑:(1)快乐至上的价值观;(2)对每个行为后果考虑的必要性;(3)责任分配(如由谁负责与结果同样重要,甚至于比结果更重要);(4)作为一个理论,存在一些基本道德知识或观念的冲突,也是其不足之处。

当代理论

元伦理学 从20世纪30年代到70年代,对伦理学领域做出过巨大贡献的元伦理学家,重新对伦理原则进行了研究(Edel,1987)。约翰·罗尔斯(John Rauls)在其有影响力的著作《正义论》中强调了正确行为的原则。为了反驳正确优于善的理论,他提出了“支持—康德主义”(a pro-Kantian)来质疑功利主义。他坚持认为,一个有道德的人必须由正义感所指引,并将道德情感看成遵守道德规范的必然产物(Wilson,1993)。尽管他呼吁关注占人口大多数的弱势群体的利益(如被剥削者),但他又写道,这些问题是如此复杂,正义只能通过构造基本社会制度的契约的方式实现……

关怀伦理学(Ethics of care) 自从20世纪70年代以来,伦理学理论和作品已经越来越关注社会和政治问题而不是个人自主(Batttin & Francis,1998;Edel,1987;Schneewind,1993)。伦理学思想最近的发展趋势反映了同个人主义的分离,其中之一便是关怀伦理学的出现。事实上,一些人认为今天的伦理学不是对基本理论的探讨,就是与关怀伦理学相关。

比彻姆和奇尔德雷斯(Beauchamp & Childress,1994)的关怀伦理学强调对亲密的个人关系具有价值的特质,如关怀、同情、忠诚、洞察力和爱。关怀意味着“关心、照顾、情感承诺和作为别人的另一半与之有正式关系的意愿”(p. 85)。他们还指出,“关怀的原则对发展了两个多世纪的伦理学理论构建和在研究中忽视诸如关怀、道德情感和女性经验等主题的倾向起到了必要的矫正作用(p. 92)。传统伦理学关注诚实或保守秘密的问题,而关怀伦理学强调“行为怎样被表现,其背后有哪些动机,以及人与人之间的亲密关系是否得以发展(p. 86)”,而不是真正地做出决策。阿德森(Adson,1995)描述了适用于临床专业人员的伦理行为道德准则。

女性主义伦理学(Feminist ethics) 与关怀伦理学相似,伦理学家们开始将注意力集中于那些享受服务较少,未被充分保护的群体(如少数群体)。甚至于针对需要和问题没有受到充分关注、人口占多数的群体,也涌现出来一些新的理论,如受20世纪60年代女权主义运动推动而发展起来的与女性相关的伦理学理论。自60年代以来,在女权主义运动的推动下,许多与女性生活和经历有关的伦理学理论出现了。如卡罗尔·吉利根(Gilligan,1982)的作品在伦理学家中引起了巨大反响,而且也影响到那些对女性问题、道德上性别差异问题感兴趣的人。之后,众多与女性相关的伦理学理论流派发展起来,在此基础上,一系列女性主义理论也出现了。

……

应用伦理学(Applied ethics) 应用伦理学是最近几十年逐渐发展起来的,主

要关注与专业、商业团体和政治领域相关的伦理学。

职业伦理学的发展

以上的历史概览主要呈现了伦理学发展的一般线索和差异，涉及在过去300～400年间不同理论体系对现代西方伦理学和道德思想的贡献。

这些简明历史强调了文化人性观以及一个社会如何影响伦理思想（如一个社会如何看待正确与错误）。绝对主义者一般把某些行为者视为坏或消极（如说谎、偷盗、杀戮）且毫无正义可言，相对主义者则指出行为背后的意义和动机。一般来说，伦理学已被看作与可接受标准相一致的行为方式。随着伦理思想的发展，这些行为方式和标准，就被作为基本原理纳入了伦理学理论。

正如社会学家研究多年，创造出自己的伦理学思想体系一样，人们对职业伦理学的兴趣在本世纪与日俱增。过去几十年中，对伦理学应用的关注日益增长，也促使了西方世界对伦理学本身的重视，并带动了伦理学理论、标准以及规范的发展（尽管一些专业早在20世纪初就已开始关注该领域）。

大多数专业都认同伦理原则的重要性。事实上，一个专业在发展过程中对伦理规范的遵守，被当成是达到某种成熟水平的标志。不仅仅是已经从业的人员要遵从，而且新一代的从业人员也要接受教育和培训，为将来的专业生涯做准备。伦理规范还可以起到告知公众专业人员的行为是否恰当的作用。比如，保健伦理学（health care ethics），其理论基础就是指导保健从业人员分清是非。比彻姆和奇尔德雷斯（Beauchamp & Childress，1994）为保健伦理学确定了四项基本原则：对自主的尊重、非伤害、慈善、正义。埃奇和格罗夫（Edge & Groves，1994）确定了七个生物药物伦理学的基本原则：自主、忠诚、慈善、非伤害、保密、公正与角色忠诚。

参考文献

Adson, M. A. (1995). An endangered ethic: The capacity for caring. *Mayo Clinic Proceedings, 70*, 495-500.

Arras, J. D., & Steinbock, B. (1995). *Ethical issues in modern medicine*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

Battin, M. P., & Francis, L. P. (1988). Foreword. In D. M. Rosenthal & F. Shehad (Eds.), *Applied ethics and ethical theory* (pp. vii-viii). Salt Lake City: University, of Utah Press.

Baeuchamp, T., & Childress, J. F. (1994). *The principle of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Edel, A. (1987). Ethics applied or conduct enlightened? In J. Howie (Ed.), *Ethical principles and practices* (pp. 24-48). Carbondale: Southern Illinois University Press.

Edge, R. S., & Groves, J. R. (1994). *The ethics of health care: A guide for clinical practice*. Albany, NY: Delmar.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kant, I. (1948). *Groundwork of the metaphysics of morals* (H. J. Paton, Trans.). London: Hutchinson. (Original work published 1785)

O'Neill, O. (1993). Kantian ethics. In P. Singer (Ed.), *A companion to ethics* (pp. 175-185). Cambridge, MA: Basil Blackwell.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schneewind, J. B. (1993). Modern moral philosophy. In P. Singer (Ed.), *A companion to ethics* (pp. 147-157). Cambridge, MA: Basil Blackwell.

Wilson, J. Q. (1993). *The moral sense*. New York: The Free Press.

2002 美国心理学会伦理规范原理分析 5

⊙ 萨默尔·坎普和里恩·范德尔里克(Samuel Knapp and Lean Vandecreek)

……

本文将从理论基础或显见伦理学(prima facie ethics)的角度回顾2002年APA伦理规范的实施标准。我们认为所有伦理法规的实施标准都应建立在某种理论之上或和一些伦理学理论相联系,比如以规范为基础的伦理学(Ross,1930/1998)。

……

了解伦理规范的道德基础既有理论价值,又有现实意义。如果看到伦理规范与其直觉的道德感之间的联系,心理学家将更愿意学习伦理规范,欣赏其价值以及解释其条例(Handelsman,Knapp, & Gottlieb,2002)……

了解伦理道德原则有利于心理学工作者在模糊情境中运用伦理道德标准。美国心理学伦理规范在描述心理学工作者责任时用到"合理"和"合适"等术语。这些标准要求心理学工作者运用自己的专业评价和判断来决定如何履行职责。理想的状态是,这些决定与APA伦理规范中的基本道德原理相符合。心理学家一旦理解了APA伦理规范背后的道德原理,就会在内心形成一个标准来衡量自己的行为是否"合理"或"合适"。

……

以原则为基础的伦理学

牛津大学哲学教授威廉·戴维·罗斯(William David Ross,1877—1940),创立了以原则为基础的伦理学流派,或称显见伦理学,试图弥补功能主义和义务伦理论学(Kantian)的缺陷……

……

根据罗斯(Ross,1930/1998)的观点,最好的伦理学理论应该建立在几个而不是一个道德原则上。罗斯把这些原则看作显见的责任,意味着它们是必须的义务,除非有更高一级的义务出现,才能够被取代。这些道德责任是忠诚、感恩、正义、慈善、自我提升以及非伤害……

罗斯(Ross,1930/1998)允许后人将显见义务重新进行归类,但只是将伦理原则运用到保健领域的心理学家们没有必要在原则的命名与分类问题上过多探究。比

彻姆和奇尔德雷斯(Beauchamp & Childress,2001)确定了生命伦理学中的四个基本原则(对病人自主的尊重、非伤害、慈善以及正义)。另外,基奇纳和伯瑟弗以及凯普尔(Kitchener,Bersoff & Koeppl,1993)把忠诚加进去作为第五个针对心理学工作者的核心伦理原则。在这篇文章中,作者确认了第六个道德义务(广义的慈善),与加拿大心理学联合会(CAP)伦理规范中的社会责任意思相近。此外,道德义务可以从 APA 的一般原则中推演出来,如鼓励心理学工作者"意识到对社会所应承担的专业和科学责任",关注"同事是否遵从职业伦理"和"无偿的或利用自身专业优势奉献社会"(APA 原则 B)。

慈善

罗斯(Ross,1930/1998)认为,慈善意味着"我们有能力改善社会上其他一些人的生存条件",意味着提升他人的福利。运用在保健领域中,指提升身体或心理健康水平。"道德,不仅仅要求我们把他人看成是自主的,不伤害他人,也要求我们对他人的福利有裨益"(Beauchamp & Childress,2001,p. 165)。心理学工作者有义务尽职尽责地为客户或病人提供恰当的服务。慈善原则在 2002 年 APA 伦理规范中多次出现(标准 2.01)。

……

非伤害

非伤害是指不对别人造成伤害的义务(Beauchamp & Childress,2001,p. 113),当心理学工作者小心不去伤害时,就是在努力做到非伤害,尽管这项道德原则通过谚语"无论如何,不要伤害(Primum nor noce)"被人们熟知,但在罗斯的伦理学著作中并没有标明这条道德原则比其他原则更重要。考虑到情境的特殊性,有时其他原则可能较非伤害更重要。

……非伤害原则出现在 2002APA 伦理规范的几个标准中,如指导心理学工作者避免伤害客户或病人的标准(3.04)。

正义

不同的人对正义有不同的理解,然而,我们这里使用的是以原则为基础的伦理学文献中的定义。根据比彻姆和奇尔德雷斯(Beauchamp & Childress,2001)的观点,正义的一个意义是"公平、公正"(如分配公平),由构成社会性合作的条款决定的恰当分配(对服务而言)(p. 26)。分配正义的目标出现在 APA 伦理规范一般原则中(心理学工作者意识到,公平和正义原则赋予了所有人从心理学工作中获益的权利;APA,2002)。尽管,心理学家为分配正义而工作是值得赞美的,但未做到也不违反 APA 的伦理规范。

然而,正义也可以指公平或平等对待或者当遭到指控时,能够运用正当的程序来解决(程序性公平)。正义的这些方面也出现在 APA 伦理规范中,比如心理学工作者有义务平等对待所有个体,清楚表明不因种族、宗教、地域、性取向或其他因素而产生歧视。

对客户或病人自主的尊重

对自主的尊重意味着尊重他人选择的自由,只要这种选择没有约束或限制其他人的权利。“个人自主的最初含义是自治,即摆脱他人干预及其他限制的自由,诸如因为不能充分理解,而妨碍我们做出有意义决定的限制(Beauchamp & Childress, 2001,p.58)”。心理学工作者应该在最大程度上将客户或病人看作是自主与独立的,他们应该能够全程参与制定治疗目标和方案。这个原则在APA伦理标准3.10和10.01中都出现过,要求客户或病人有知情权。

……

忠诚

忠诚原则意味着心理学工作者对其服务的客户或病人是忠诚的。他们信守承诺,说真话,且以自身职责为荣。

这一项原则在心理学中特别重要,因为诚实和忠诚是信任的基本条件。而信任对于所有人际关系都是重要的,尤其对来访者与咨询者、研究者与参与者、监督者与被监督者之间的关系而言(Kitchener,1984,p.51)。

忠诚可以通过心理学工作人员为来访者或病人保密(标准4.01)和使用准确的告知程序体现出来(标准3.10等)。

广义的慈善

对公众、公民的责任或广义的慈善是第六条道德原则的要义。根据这个原则,“心理学工作者应对他生活与工作的社会尽责,例如服务于社区或城市,并对人们福利条件的改善而尽责”(条例3:服务于社会;加拿大心理学联合会,1991)。例如,心理学工作者有责任通过维护心理测验的完整性来保护今后可能使用这些测验的当事人的利益(标准9.04和9.11)。又比如,当得知某个心理学工作者做出了违反道德规范的行为时,心理学家有责任采取保护公众的行动,如保护隐私权不被侵犯(标准1.04和1.05)。

……

平衡道德原理

……美国心理学会伦理规范中的条款并不是基于一种道德原理,而是对两种或多种道德原理的平衡的结果。相应的,了解注重原理的伦理学家们(如Beauchamp & Childress)如何平衡原理就非常有必要了。以原理为基础的伦理学认为某些道德原理对人类的行为并不是绝对的向导,在一些情况下可能会被其他的道德原理所替代。如一个显见义务可能一直占主导地位,直到优于它的其他义务颠覆它。以下是罗斯(Ross,1930/1988)对这一问题的论断:

> 当处在有多种义不容辞的责任情境中时,我必须做的是充分研究这个情境直到形成成熟的观点(考虑详尽),即在这种情况下,考虑其中哪一种是最义不容辞的。

比彻姆和奇尔德雷斯(Beauchamp & Childress,2001)认为:当一项道德原理被否定时,应该将损害降到最小,并且要与行为的最初目标一致,而且当事人必须设法将损害带来的负面影响降到最低水平。

例如,在美国心理学会伦理规范中的"告知—允许"的条例来源于来访者(或病人)匿名的要求,标准3.10要求心理学工作者充分考虑所有接受服务个体的知情权。在心理测量中,知情权被简化于标准6.04里(关于收费信息中),然而标准9.03a列出了几种例外情况,例如当测量目的是评估被测者的决策能力时就可能违背知情权。

美国心理学会伦理规范认为,有时也不能完全考虑来访者/病人的自主权,而应重视慈善的原则,或在来访者/病人没有能力行使知情权时,要考虑保障他们的利益不受侵犯。尽管如此,规范还是建议心理学家试着去最小化对来访者/病人自主权的侵害,心理学工作者应尽量用简单明了的语言来解释心理测量的性质。

参考文献

Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Bersoff, D., & Koeppl, T. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, *3*, 345-357.

Canadian Psychological Association. (1991). *Canadian code of ethics for psychologists* (Rev. ed.). Ottawa, Canada: Author.

Handelsman, M., Knapp, S., & Gottlieb, M. (2002). Positive ethics. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 731-744). New York: Oxford University Press.

Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation of ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, *12*, 43-55.

Ross, W. D. (1998). The right and the good. In J. Rachels (Ed.), *Ethical theory* (pp. 265-285). New York: Oxford University Press. (Original work published 1930)

评论:

正如2002年版"美国心理学伦理规范"出版后,纳普和范德克里克(knapp & Vandecreek)所做的工作。1992年版伦理规范公布后,我与另一位合著者试图了解在这一章节里描述的显见义务被改编与实施到了何种程度(Bersoff, D. N. & Koepp, P. M, 1993, The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, 3, 345-357),我们得出的结论是这些责任都在规范中有所体现。另外,我们还认为美国心理学会伦理规范中几乎没有绝对道德或道义条款,尤其针对自主权。

> 当涉及自主权时,规范【1992】……显然是有目的的,是功利性的,并且考虑到了与其他利益的平衡。尤其在以下几种情况下要考虑利益均衡的问题:当心理学工作者感觉到自主权与当事人的最大利益冲突时,当诸如公共安全等更重要价值被保障时,或当机构要求与自主权相冲突时(p.352)。

当读者回顾2002年版心理学伦理规范时,不禁会提出这些问题:除了在那些不可动摇的基本原则中,显见价值在多大程度上得到体现了?我们对于自主权的看法是否依然正确或在2002规范中是否给予了足够重视?

虽然,正如下一位作者所示,大多数学者强调将道德原理应用于解决道德冲突的重要性,但人们对这些问题存在着不同的见解。

心理学职业伦理实践：美德与规范的作用



◎ 奥格斯特斯·E. 乔丹和劳米·M. 米拉(Augustus E. Jordan and Naomi M. Meara)

最近,心理学专业的伦理教学与实践倾向于将伦理原则应用于伦理困境中。这些伦理困境形式多样,但主要涉及来访者权利与服务机构承诺之间的冲突,以及与心理学工作者所提供服务相关的责任问题。然而,这种方法在理论与实践中有较多局限性,本文回顾了这些局限性并提出一种新的伦理分析方法——美德伦理学(virtue ethics),该理论流派是对已有伦理学理论的有益补充。

所谓的"规范伦理学"(即在分析伦理困境时运用理性、客观、普适和全面的观点)与"美德伦理学"(即通过诠释历史资源)之间的差异非常明显,了解这些差异对心理学专业发展与实践有重要意义。比如,强调普适性或显见原则的伦理学体系倾向于对伦理困境的探究,并试图忽视具体的人,而将注意力集中于规范与义务上。作为对照,美德伦理学强调在社会生活实践中逐渐形成的、具体的人格特征,这些人格特征将影响个体在专业领域内的伦理判断。通过在实践中运用客观而理性的标准、规则或规范,规范伦理学试图回答"我应该做什么"的问题。相反,美德心理学强调的是主体或行为者。通过探究内在品质、特质或成熟的习惯形成过程,美德伦理学试图回答"我应该是什么"的问题。

……

伦理规范的局限性与伦理困境

最近规范伦理学在医药、心理学和宗教领域盛行,被视为"道德反思的核心范型"。最普遍的教学法是在困窘或两难情境下对显见的、有效的道德原则进行评估(Beauchamp & Childress,1983)……

然而,规范伦理学的主要内容或学科问题涉及以公文包历史形式出现的困境,它突出反映了那些被知觉到的,存在于个体、群体、当事人或机构之间的权利、要求、责任或者义务冲突。这种冲突形式导致它被一些人称作困惑伦理学(quandary ethics)或决定论(decisionism)(Mcclendon,1974;Pincoffs,1971)。规范伦理学的方法论首选要对所涉及的伦理原则进行分类,然后评估参与者的行为表现,或者让参与者在考虑行为所涉及的相关却对立的伦理原则之后,说出哪种行为是适当的或者两者都适当(Beauchamp & Childress,1983;Callahan,1988)……

然而,有些人认为规范伦理学对于所研究的问题过于狭隘(Dykstra,1981;

Kilpatrick,1986;Pincoffs,1971),所以可能在专业上会受到限制。有意窄化所研究的问题会限制心理学工作者对相关情境与理论资源的获取。例如,基尔帕特里克(Kilpatrick,1986)认为"即使是正式的、不带偏见的价值讨论……也可能使学生习惯于认为这样一个概念即道德问题,仅仅是一个知识的问题而不是能够自然地唤起人类强烈情感的问题……"(p. 189)。当这一现象出现时,个案研究便又变成根据具体的规则来加以分析的、抽象的思维难题,而忽视了人类的痛苦、怜悯心和历史的特殊性等重要因素……

……规范伦理学寻求脱离个体偏见的一般情境,然而,困境定义本身使各种伦理原则互相对立……为了解决这种困境,必须建立以某一道德理论为基础的基本道德原则(Steininger,1984)。可能会有不同的方法来解决困境,关键要看解决问题的人是一个强调公众利益的"功利主义者",还是一个提倡"总之,不要伤害"的"义务论者"(Jonsen,1977)。即使在一个既定的理论取向上,学者们对哪种理论更重要的看法也不一致。恰如德雷恩(Drane,1982)所讲:"没有一种明确的方法来决定哪种理论更优。在如此痛苦的困境中,心理学家只能尽其所能来解决伦理问题(p. 37)。"以经验的结果来看,那些普遍的原理和由它们衍生出来的重要理论都在适宜情境中被运用着……

……由于心理学家越来越频繁地涉足商业与保健领域,各种理论之间发生冲突的可能性增加了。专业人员、他们服务的客户以及他们创设的服务机构都有可能陷入麻烦。尽管服务机构合法经营,也以道德原则规范自身行为,但却存在潜在争议(Eyde & Quaintance,1988;May,1984)。

美德与道德的形成

……与伦理原则相比,美德一直被看作既非随情境变化的产物,也不是普遍的原理,而是个性品质或团体特征。因此,美德是在同一群体、目标和假设情境下,通过培养而形成的。这一过程开始于个体童年并贯穿其一生。专业的培训与练习能够使新的情境与团体出现,通过专业人员培养与学生自身积累形成专业品德。人们使彼此社会化,并进入专业文化领域。在其中不断构建、塑造它,并从其中寻找灵感与支持。随着时间的推移,某种共享的假设与价值观被认为是理所当然的,并且成为专业特色与专业人员个性特征的一部分……

美德伦理学在心理学中的应用

……这一部分将提供两个具体的品德在实践中影响专业人员的例子。第一个是关于在咨询关系中知情权的使用;第二个涉及在治疗的相关概念形成过程中,职业伦理所起的作用。虽然,这里举的例子都是和治疗相关的,但我们的意图是,将这些例子作为讨论心理学职业伦理问题的一个起点。

知情权

随着当事人的知情权受到越来越多的关注(Barger,1982;Burstein,1987),加之对当事人自主权和利益的尊重促使治疗师设计清楚明白的合同,保障客户的权利

(Everstine et al. 1980)……

然而,仍有其他层面的伦理问题被忽略了。虽然,人们更多关注的是治疗师应该将什么信息告诉来访者,或来访者有权利获知什么信息,然而,比这更微妙但却同等重要的另一个伦理问题是,以什么样的方式告知来访者(May,1984)。在治疗中告知方式和告知内容一样,也和伦理相关。

例如,埃弗斯坦等(Everstine et al. ,1980)充分阐述了在告知程序中应包含的信息,但他们没有充分考虑与信息表述方式相关联的伦理维度。为了更好地阐述治疗中的法律与伦理问题,他们制定了一种明确规定来访者合法权利的《治疗师—来访者合同》。这一观点被进一步深化,并对来访者的自主权做出详细描述。但埃弗斯坦等(Everstine et al. ,1980)并不认为向来访者呈现问题的方式也是个问题。正如他们所说,告知方式和告知程序本身没有必然的联系,重要的是预先决定所依据的具体原则和在艰难的治疗开始之前获得来访者同意的签字(p. 832)。然而,如此立法化的程序,可能并不能保障来访者的最大利益,也不能充分反映互相信任和尊重的关系,或治疗师的诚实与正直,而这些因素在治疗中尤其重要。具体来说,表面上看,埃弗斯坦等人提供的权利、合同及同意形式微妙地反映了治疗是第一位的,并有可能变成商品或服务的交易。现代疗法经常包含这样一种交易,但是治疗是否得到充分理解并不清楚,这种状况应该在该领域被重点限制。更重要的是,这种形式暗示着,当事人是被动的服务接受者,然而他们正是对这些服务买单的人。事实上,在这份文件中,来访者的权利与治疗师的责任都被详细排列出来,但是关于来访者的责任,治疗过程的互动以及提供给来访者的"模式"是什么则涉及很少。

针对治疗师面对越来越多法律责任的现象,埃弗斯坦(Everstine,1980)等人提出了上述方案。但现在普遍存在的问题是,在治疗过程中,治疗师应该负什么样的法律责任。美德伦理学家并未否认埃弗斯坦等人所提出问题的重要性,但认为这一问题超出了心理治疗的范围。他们更关注的是治疗师应该成为什么样的人,以便有能力、可信服的去告知来访者他们的权利和义务以及心理治疗的本质与传统。审慎与委婉的品德以及对待来访者的忠诚,同知情权一样具有道德价值。治疗师需要的是一份标准的法律合同,并且能在不需要一个律师来解释合同含义的情况下,对一个抑郁症患者清楚敏感地(即专业的)表达要说明的意思。更为重要的是:专业人员如何陈述这些信息是与道德品质相关的,而不一定需要伦理规则。专业人员的性格特征与合同的内容一样具有决定性作用。

诚实

……米多尔和罗杰斯(Rogers,1959;Meador & Rogers,1984)认为诚实是治疗关系发展的基本保障。但是离开了具体的人,如何来定义诚实?例如,治疗师在何种程度上对来访者揭示个人的价值、知觉和存在的问题(Brammer & Shostrom,1977)?诚实包含着难以区分的医疗与道德两个维度。医疗的维度通常包含对临床和经验的有效性,或真实的治愈程度的评估;包括罗杰斯等提出的相关评估结构如透明性、适当性、现实性及真实性。同样地,诚实的组成要素具有典型的实用性,它能保障来访者的利益并且与其他相关的行为准则不相冲突。然而,关于诚实最大效用的准确变量与细微差别是难以分离出来的,并有待进一步研究。

从美德伦理学的视角看,诚实可以从不同的角度来认识与定义。需作补充的是,有人提出诚实在治疗情境中的价值问题:在医疗关系中,诚实是一名专业人员必备的品质吗?许多人会像罗杰斯所认为的那样,诚实并非必需。它只是一个技术、一个方法,而不是一种品质。一些人可能会进一步提出,既然如此,诚实就有可能会导致不良的医疗后果。在这些理论主张之外存在一个更基本的问题:专业人员是否被赋予较高期望值?比如,被期望具有诸如真诚、值得信任或有能力等与治疗结果没有必然联系的品质。这些问题将有效行为放在一个更广阔的背景下进行考量,其中包含了专业主义者所谓的缜密思考。

从第二角度来看,品德导向维度的诚实变得更加重要。诚实是一个基于真实的复杂的概念,它既包含指向恰当行为的原则导向维度(如说出真相),也包含个人性格的品德导向维度(如正直或值得信赖)。但这两个维度(说出真相与值得信任)没有必然或逻辑上相互依赖的关系。信任的维度有时要求一个值得信赖的治疗师具有某种可被测量的审慎言行,这与他们所讲的事实相关。"可测量的审慎言行"不是一种微妙与欺骗性的控制,而是与委婉、谨慎和人性化这三种品德相关的特点。不说或经常深思熟虑后说出来,在维持治疗师的诚实与信任方面,和大声讲出来具有同样重要的意义……

因此,一个"诚实"的治疗师总是处在一种复杂的相互作用的关系中,去平衡诚实与微妙的医疗行为之间的关系。治疗师如何实现这一互动既是一个伦理问题,也是一个医疗问题。伦理学从品德的角度提醒我们,心理学是一门渗透着伦理道德的科学,这些伦理道德维度与专业人员的品格是紧密相关的。

超越规范与人格

最后,作为对伦理原则的补充,对美德的关注,可能会使一直运用伦理规范解决问题的人无所适从。具体来说,治疗师在一个伦理困境中依靠什么标准来选择理性而恰当的治疗方法呢?

在这种情况下,来访者和被咨询的团体就不能仅仅依赖于治疗师对于一般或显见义务所进行的理性的认知加工,也不能仅仅依赖他(或她)具体的操作技能或合法的专业知识。原则、技能和专业知识在评估行为的过程中是必须的,但并不一定是充分的或者是首要的。我们需要从道德品质的角度对专业人员的人格特点进行充分了解。专业人员在实践中经常用到的诸如成熟、专业判断、委婉、聪明或谨慎等词汇,不是依靠理性和客观的道德原则,而更多依靠品德范畴内的人格特质。在心理学培训与实践中,对高尚人格的关注,不会减少专业人员对"恰当的"或"有道德的"问题的纷争,但却会促使他们为道德判断做好准备。只有这样做,专业人员才更容易识别自己的偏见,不把自己的价值观强加到来访者身上,并提醒自己将个人的文化偏好从心理治疗的情境中脱离出来……

参考文献

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics.* New York: Oxford University Press.

Berger, M. (1982). Ethics and the therapeutic

relationship: Patient rights and therapist responsibilities. In M. Rosenbaum (Ed.), *Ethics and values in psychotherapy* (pp. 67-95). London: Free Press.

Brammer, L., & Shostrom, E. (1977). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Burstein, A. G. (1987). The virtue machine. *American Psychologist*, *42*, 199-202.

Callahan, J. C. (1988). *Ethical issues in professional life.* New York: Oxford University Press.

Drane, J. (1982). Ethics and psychotherapy: A philosophical perspective. In M. Rosenbaum (Ed.), *Ethics and values in psychotherapy: A guidebook* (pp. 15-50). New York: Free Press.

Dykstra, C. (1981). *Vision and character: A Christian educator's alternative to Kohlberg.* New York: Paulist Press.

Everstine, L., Everstine, D. S., Heymann, G. M., True, R. M., Johnson. H. G., & Seiden, R. H. (1980). Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist*, *35*, 828-840.

Eyde, L. D., & Quaintance, M. K. (1988). Ethical issues and cases m the practice of personnel psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 148-154.

Hauerwas, S. (1981). *A community of character.* Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Jonsen, A. (1977). Do no harm: Axiom of medical ethics. In S. Spicker & T. Engelhardt, Jr. (Eds.), *Philosophical medical ethics: Its nature and significance* (pp. 27-41). Dordrecht, The Netherlands: Reidel.

Kilpatrick, W. K. (1986). Moral character, story-telling and virtue. In R. Knowles & G. McLean (Eds.), *Psychological foundations of moral education and character development* (pp. 183-199). New York: University Press of America.

May, W. F. (1984). The virtues in a professional setting. *Soundings*, *67*, 245-266.

McClendon, J. W. (1974). *Biography as theology: How life stories can remake today's theology.* Nashville, TN: Abingdon.

Meador, B., & Rogers, C. (1984). Person-centered therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 142-195). Itasca, IL: Peacock Publishers.

Pincoffs, E. (1971). Quandary ethics. *Mind*, *80*, 552-571.

Rogers, C. (1959). Client-centered therapy. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 3, pp. 183-200). New York: Basic Books.

Steininger, M., Newell, J., & Garcia, L. (1984). *Ethical issues in psychology.* Homewood, IL: Dorsey.

Traux, C., & Carkhuff, R. (1984). The old and the new: Theory and research in counseling and psychotherapy. *Personnel and Guidance Journal*, *42*, 860-866.

评论:

最近,米查(Meatra)和她的同事出版了一本非常值得读的书《咨询心理学》,其中用独特的观点对美德心理学的概念进行了诠释。与伦理部分相关的内容如下:

> 我们认为除了伦理原则,专业伦理还包括与一个人的专业使命相应的道德品质。具有这种道德品质的人可以对美德伦理学清晰把握并进行有效的道德实践……我们已经试图提供证据来阐明,如何整合基本原理和个人品德来帮助专业人员在伦理困境下做出决策,制定策略(如,修改或解释伦理规范),发展自身和专业的道德品质。我们探讨了多元文化社会中美德伦理学在提高专业人员的竞争力与敏感性以及提高专业的公信度方面所起的独特作用(参见Meara. N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. 1996. Principles and virfues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist*, 24, 4-77)。

规范伦理学的特点 7

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donald Bersoff)

……

用经验主义和实用主义的观点看,对美德伦理学与规范伦理学孰轻孰重的争论是不会有结果的。由美国心理学会伦理委员会(APA Ethics Committee)提出讨论并定义的投诉,几乎只是刑法上称之为不合法的行为,即本质错误的做法(Dressler,1987)。心理学工作者遭受伦理委员会惩罚的主要原因包括:公开发表谬论、与来访者发生性关系或者诈骗保险公司(美国心理学会伦理委员会,1994)。如此看来,心理学无需像过去半个世纪那样,用永不休止的争论、数额庞大的经费以及大量时间来开发、实施、执行一系列伦理道德规范,它可以简单借用军事管理中无所不包的戒规:不许撒谎、欺骗或偷盗。伦理学规范或美德在专业或学术行为中被边缘化了……

规范伦理学包含五个显见义务:不伤害、忠诚、慈善、公正以及自主(Beauchamp & Childless,1994;Koeppl,1993;Ross,1930)。正如美德伦理学的组成内容一样,这些显见义务提供了一系列的选择权,可以在两难情境中灵活运用。这些伦理原则与米查等人所定义的"四大美德"——小心谨慎、诚实正直、尊敬他人、友好和善相差不多,只有小心谨慎,被归类为获得道德结果的方法,与上述显见义务相距甚远,因而被视为是一个独立的概念。诚实正直与忠诚或公正意义相近,友好和善接近于善良,而尊敬他人则与自主略有不同。

虽然米查等人将伦理情境称为"抽象的思维困惑",判断、做出选择以及解决冲突是必不可少、义不容辞的,也是不为人类所喜欢的任务。那些品德高尚、遵纪守法的心理学工作者将会面临许多难以抉择的困难情境,而在整个职业生涯中,也不可能有一套完整的"指导手册"为他们提供解决问题的通用方法或教他们如何恰当行为。

如一个从业资格为10级的研究人员正从事一项青少年暴力行为以及如何通过短期干预进行预防的研究。在一次访谈中,一位学生表示,他有几次想要攻击他的一位邻居——一个比他年长并且轻蔑他的女孩。通过进一步询问,这位心理学家得知他想买一把枪,但他并无暴力行为记录。研究人员提出将这个问题告诉他的父母,而这个男孩则不允许她这么做,并威胁她,若违背他的意愿就会退出这项研究计划,并拒绝接受治疗。

这位心理学家将基于什么原理来解决这个问题呢？最近，有评论认为，现在的美国心理学会伦理规范虽然能提供信息，但却是不确定的指导（Bersoff，1994；Lakin，1994；Vasquez，1994）。在这一规范指导下，心理学工作者在治疗过程中有充分的自由（参见条例5.01，对保密性局限的讨论；5.02 保守秘密；5.05 公开秘密；6.11 研究的知情权），但规范并未给出确定的答案。

依靠美德伦理学会更奏效吗？我们认为热情地做善事，视野开阔，洞察力强，在决策过程中虚心接受意见，了解自己，拥有社会道德感（具有高尚品德者的性格特点），对于任何一个心理学工作者来说都是值得赞扬的。并且，我们希望心理学工作者能做到小心谨慎、诚实正直、尊敬他人、友好和善，然而我们却不知道这些人格特征和解决伦理困境问题是否有必然联系……

例如，根据 APA 伦理规范，该研究人员公开男孩的秘密，甚至不去遵守保密这一要求也是一种道德行为。事实上她若这么做，尤其是当那个决策是出于保护更重要的社会公共利益，则体现了良好的品德。而且，她也可以考虑慈善的原则（伦理学中的核心概念），要求保护她的当事人免于做那些可能会导致伤害、杀戮或触犯刑法的行为。或者她做出相反的决定，为了提高当事人的自我决策能力与责任心，她应该忠诚于他要求的利益，而不是去伤害一个无辜者……因此，她得出这样的结论，不保守秘密会和她认定的核心伦理规范相冲突，如自主、忠诚、不伤害等显见义务，这些也是她的内在价值观。在任何一种情况下，心理学工作者必须要判断他的选择所带来的利益和风险，并做出在该情况下应首先考虑哪种显见义务的决定。通过采纳他人意见和决定要做的事情，她也在决定着自己将成为什么样的人。

个性和社会

如果美德是"个性的特质"，"美德号召个人追求理想并塑造达到理想的个性品质"（Meara，et al.），那么有两个问题值得思考。首先，美德的可传授性。个性特质尽管本质上是可变的，但还是遗传天赋和生活经历的结果。第一，一门伦理课程甚至是4 年的专业训练，就能使学生对伦理问题敏感，成为一个道德高尚的人并实现道德理想，这非常值得怀疑，多年来大量临床实践并未达到这一目标；第二，如果道德行为依赖于个性品质，结果可能会特殊化或缺乏普适性。因此，某一项伦理规范或道德行为应取决于伦理决策，而不是心理学家独特的、变幻莫测的个性特征。

然而伦理对社会价值的巨大依赖让人费解。米查等人认为"美德根植于社会智慧和道德感"。尽管认识到巨大的社会依赖性会产生种族优越感，甚至不道德的决定，但他们还是将许多道德品质社会化了。尽管这种观点有其可取之处，但也应该注意它的缺陷与危险。以下与社会状况紧密联系的观念体系很难让人认同，如剥夺女性生育孩子的选择权，将那些不能做出治疗决定的人看作是智力低下的，拒不承认高中课本中出现的埃里森（Ellison）、塞灵格（Salinger）、莎士比亚（Shakespeare）和布鲁姆（Blume）等人作品的伟大之处，提倡公共机构的宗教自由或者将需要社会福利的单亲母亲看成是社会暴力的根源。在今天的美国，许多地区和机构都持有并正在实施这些观点。

米查等人在很大程度上批判规范伦理学，因为它坚持自主权与自我决定，不尊

重宗教传统,而且高度依赖于理性。但这些原则还是应该被珍惜(Bersoff,1992),因为人们应该表现出谨慎、尊重、诚实和慈善。如果有道德意味着专制、非理性、绝对忠诚,那还不如选择规范伦理学中的原则。

参考文献

American Psychological Association Ethics Committee. (1994). Report of the Ethics Committee,1993. *American Psychologist*, *49*,659-666.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (3rd ed.). New York:Oxford University Press.

Bersoff, D. N. (1992). Autonomy for vulnerable populations: The Supreme Court's reckless disregard for self-determination and social science. *Villanova Law Review*,*37*,1569-1605.

Bersoff, D. N. (1994). Explicit ambiguity:The 1992 ethics code as an oxymoron. *Professional Psychology:Research and Practice*,*25*,382-387.

Bersoff, D. N. (1995). *Ethical conflicts in psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bersoff, D. N., & Koeppl, P. M. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*,3(3/4),345-357.

Dressler, J. (1987). *Understanding criminal law.* New York:Mathew Bender.

Hogarth, R. (1987). *Judgment and choice: The psychology of decision* (2nd ed.). New York: Wiley.

Lakin, M. (1994). Morality in group and family therapies: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*,*25*,344-348.

Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues:A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist*, *24*,4-77.

Ross, W. D. (1930). *The right and the good.* Oxford, England:Clarendon.

Vasquez, M. (1994). Implications of the 1992 ethics code for the practice of individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*,321-328.

评论:

以下为一些对照观点,以提出的先后顺序排列:

Miller, D. J. (1991). The necessity of principles in virtue ethics. *Professional Psychology:Research and Practice*,22,107.

Jordan, A. E., & Meara. N. M. (1991). The role of virtues an principles in moral collapse: A response to Miller. *Professional Psychology: Research and Practice*,22,107-109.

正如前面文章中所说,不管采取哪个理论流派的观点,培训教师正在摆脱采用“正确答案”解决伦理困境的状况。如果伦理规范之间、不同心理健康专业的伦理准则之间或伦理规范与法律规定之间有冲突与矛盾时,就很难倡导这一方法了。现在所采用的是“问题解决方法”,参考艾伯伦(Eberlen, L. (1987))的《心理学新手的伦理入门:问题解决的方法》(Introducing ethics to begining psychologists: A problem-solving approach. *Professional Psychology: Research and Practice*,18,353-359.)

泰姆查克等人(Tymchuk,1982)从更加具体的角度出发认为:

> 应该关注伦理决策过程并制定决策标准,并在问题产生时加以运用。专业人员需要的是宽泛而基本的决策标准,而不是试图界定正确或错误行为的具体原则。为了帮助心理学工作者做出重要决策,应该建立包含一系列伦理要素的综合模型(p. 420)(参见Tymchuk, A. J., Drapkin, R. S., Major-Kingsley, S., Ackerman, A.

B. , Major, S. M. , & Baum, M. S. 1982. Ethical decision making and psychologists's attitudes toward training in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13, 412-421.)。

能够对恰当伦理决策进行指导,罗斯(Rest)的模型就很有用。他定义了伦理道德行为的四个组成部分,首先要求一个人将情境看成是与伦理道德相关的,即有道德感。"对于心理学工作者而言,道德感意味着一个人有能力从诊断、学术或务实的角度判断一个情境的道德维度"(p. 179)。第二部分是道德推理能力,即区分道德与不道德,确保结果公平公正的能力。"对伦理规范的认知,已出版的书籍,隐藏在伦理规范背后的哲学原理,以及个体的道德推理水平会影响一个人的道德推理能力"(Welfel & Kitchene, p. 179)。第三部分是选择恰当的伦理价值观和行为倾向。最后一部分是坚定地实施正确的道德行为。根据伯纳德和贾拉,以及伯纳德、墨菲、利特尔(Bernard, Murphy, Little, 1987)和第二单元所提到的内容,对那些面对同事的伦理道德失范没有采取恰当行为的人而言,缺少的可能就是最后这一部分。

已经提出许多更加具体的决策模型,如斯普林菲尔德(Springfield)提出了以下伦理道德决策模型:

(1)判断这件事与伦理道德相关;

(2)参照可行的指导原则,即那些可以运用到具体情境和可能解决问题的原则;

(3)尽可能考虑所有可能影响伦理道德决策的要素;

(4)与一位值得信任的同事商量;

(5)评价权利、责任,以及各方的薄弱之处;

(6)做出替代性决定;

(7)列举出每一个决策的结果;

(8)做出决定;

(9)实施决定。

加拿大心理学会已开发出一套职业伦理体系,请参考下面一篇文章。

8 加拿大心理学工作者伦理规范

⊙ 加拿大心理学会(Canadian Psychological Association)

……心理学工作者将面临难以解决的伦理困境,在这种情况下,他们应该做出经得起公众检验的、清晰的伦理道德决策。有时解决方法可能是关乎个人良心的,然而个人良知的形成是基于一套与行为准则相一致并能经得起公众检验的合理模式。如果心理学工作者能够运用伦理原则并且凭借个人良知去解决伦理冲突,那么就会被认为遵守了职业伦理规范。

伦理决策过程

伦理决策过程可能十分迅速,并使伦理问题得以轻松解决,尤其对于那些有明确指导原则与标准或没有伦理原则冲突的问题。另一方面,有些伦理问题(尤其那些包含伦理原则冲突的问题)并不容易解决,有些让人心烦意乱,有些需要花费相当多的时间。

以下是伦理决策的典型步骤:

(1)确定受决策潜在影响的个人或团体;

(2)确定与伦理相关的问题与行为,如利益、权利、个体或群体的相关特点和引发伦理问题的系统或环境;

(3)思考个人偏见、压力、自身利益如何影响行为过程的发展或选择;

(4)制定可供选择的行为过程;

(5)分析每一个行为过程可能带来的短期的、正在进行的或长期的风险或利益,可能被影响到的个体或团队有:来访者、来访者的家庭或雇员、雇员机构、学生、研究参与者、同事、学科、社会与自我;

(6)选择使用原则、价值观与标准后可能产生的行为;

(7)承诺对行为结果负责;

(8)评估行为结果;

(9)对行为后果负责,包括纠正消极的结果(如果有的话),或重新进行伦理决策过程(如果伦理难题未被解决)。

(10)行为恰当,用正当、可行的方法防止未来困境的发生(例如:与同事交流并解决问题,在过程与实践中的改变)。

那些花费大量时间处理伦理困境的心理学工作者应该选择恰当时机向受伦理问题影响的组织咨询,或向能够提供有关伦理决策知识和目的的督导们咨询,虽然决策行为是心理学工作者的个人行为,但是寻求与考虑援助的过程却反映了一种伦理决策的方式。

评论:

高斯罗普和乌尔曼(Gawthrop & Uhlemann,1992)为那些倡导使用伦理决策系统的人提供了实证的支持。他们让心理健康专业的本科生们看一篇包含伦理困境的短文。这些学生分组进行了3个小时的运用问题解决方法进行伦理决策的研讨。结果和两个控制组相比,实验组在测量决策过程水平的等级量表中得分明显更高(参见Gawthrop, J. C. and Uhlemann, M. R., 1992. Effects of the problem-solving approach in ethics training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 38-42)。作者提供了以下一些关于道德研究与教学的实践经验:

> 这个研究结果与以往的研究结论是一致的……因为,正规的伦理教育对相关变量有显著的积极影响。此外,对现有研究的梳理还可以得出几个特别的结论。
>
> ……上述实验在如此短的时间内,竟能取得如此明显的效果是令人满意的,这表明在伦理教学中问题解决方法可以有效提高学生的伦理决策水平,而仅仅呈现书面的指导是不够的……
>
> 必须指出,本研究中问题解决的方法在与其他教学方法共同使用的过程中,效果得以增强了。伦理讨论小组的目标就是通过阅读和讨论伦理规范、案例短文、对伦理两难困境的自我探究,以及确定对于特殊案例的伦理决策来提高参与者对于伦理问题的敏感性并提高伦理决策水平(Kitcher,1986)。对伦理困境的讨论经常包括价值观是如何形成伦理规范的基础以及伦理决策的原则(Akele,1980)。个案短文通常能提供不同的伦理教学模式(Eberlein, 1987; Fine and Ulrich, 1988; Kitchener, 1984, 1986; McGovern, 1988),而且使得伦理教育更加完善。
>
> 研究发现,在训练咨询师和心理学工作者职业伦理的过程中,有几点特别重要。第一,仅仅通过讲授法来教授伦理知识是有局限性的,这一点日益明晰(Handelsman, 1986b)。当前研究结论还支持这样的观点:伦理学教学应对伦理决策的内容和过程格外关注。第二,不要指望那些没有受过正规伦理教育的学生会像受过正规教育、接受过伦理技能训练的人一样拥有出色的伦理决策水平。第三,在职业伦理培训中,无论是将每门课程分开来教授,还是集中起来全部教授,对于提高专业水平和伦理决策能力都是有益的。第四,问题解决方法在伦理决策教育中效果明显……

请参考以下案例来巩固所学内容:

(1)在想要成功的巨大压力下,一个一年级研究生在必修课的期末论文中进行了相当多的潜在的学术作弊行为。有这样行为的学生应该被开除,那么教授应该怎么做呢?

(2)一位心理学家对收容机构中一个52岁的智力缺陷者进行测验,结果显示,这个人的智力缺陷并没有最初认为的那么严重。于是心理学家建议此人搬回社区中居住。这样她不仅能生活自立,而且还能缓解她所居住机构拥挤的状况,并且能为所在州省下10 000美元。当他向这位女士提出这个计划时,她感到沮丧并且声明这个机构就是

她的家,她不愿意离开。

(3)一个心理学家要进行行为与药物疗法对贪食症治疗效果的对比研究,他想在两个治疗组之外再添加一个控制组与一个安慰剂使用组。

运用你在本章学到的伦理决策模型,针对每种情况你会采取什么行动呢?在完成这个练习的过程中,请参考来自基奇纳(Kitchener,1984)的观点:

> 无论是将伦理学看作基本的伦理规范还是显见义务,都不能使心理学工作者脱离在伦理困境中进行判断的处境。毕竟,伦理困境是一种人们有足够多的理由去选择不同行为的情境。然而,我们还必须问这样一个问题:在发生伦理原则冲突时,人们是否有更好的方法来决定怎么做?这是向21世纪的伦理学家们提出的,需要公开讨论的复杂问题(Abelson & Nielsen,1967)。
>
> 还可以通过建立一个特别的伦理原则次序,来解决一系列类似问题(这种排序可能依赖于一种内隐的而非明确表达的理论)。例如,美国心理学会伦理规范规定在涉及保密性的问题时,非伤害比诚实的原则更重要;在研究领域非伤害比慈善更重要。这样排序是有问题的,因为先前确立的惯例不能预期后续出现的问题。此外,确立一个绝对的单一原则是不切实际的,同样,确立一个绝对的单一原则的排序也会导致错误的伦理决定。例如,如果自主权总是被看作比慈善更重要,那么不是出于本人意愿而对其生活干预的行为就永远是非道德的……
>
> 尽管在运用伦理原则作决策的过程中可能会出现这样或那样的问题,但这并不能否定伦理原则的价值与意义。之所以被当作显见义务,是因为它们在道德情境中经常被用到。因为伦理原则比伦理规范的范畴要广,因此,当伦理规范缺失或互相冲突时,可以使用伦理原则来解决各种各样的伦理困境问题……
>
> 此外伦理原则还为个人道德直觉的评估提供了一个框架和有益的指导。这预示着我们的道德洞察力可能会变得深刻,因为将个人的道德行为与伦理原则仔细对照之后,道德直觉可能会得以修正和重构。通过这种反馈,我们可能会提升自己的道德认知水平,从而成为有能力做出道德判断的人。
>
> ……比彻姆和奇尔德雷斯提出的伦理原则有三个优点。首先,他们提供了一些通用术语和显见原则。这些原则对于我们思考职业咨询中的伦理问题或是行为研究都是有指导作用的。比彻姆和奇尔德雷斯注意到:只有通过检验伦理原则、确定其在案例中使用的方式以及不同原则之间的冲突模式,才能找到问题解决的方式(1979,p. vii)。
>
> 第二,这些原则为伦理规范提供了更加正当的理由,并明确了伦理规范需要进一步加强的领域。比如,对个体自主权的尊重、不伤害来访者、真实和公平等准则,目前并未被APA伦理规范强调;更进一步说,它也阐明了规范内部的不一致性。
>
> 第三,随着对伦理原则理解的不断深入,我们就不会再有这样的想法:如果我们不违反职业伦理的具体规范,就是履行了伦理义务。如果像德雷恩(Drane,1982)和其他人所主张的,助人的专业领域都应该将伦理问题置于其核心,那么,当我们在评估自己、同事和专业的道德判断水平时,更应该对普遍伦理原则加以注意。

最后的摘录进一步阐释了本单元前面所讲的内容。

设法找出差异：伦理—法律困境模型要素分析



⊙ 南希·唐宁·汉森，苏珊·G.戈德堡（Nancy Downing Hansen and Susan G. Goldberg）

……

现代道德—法律困境越发复杂与多样化。这部分缘于近期保健服务体系变化所引起的互相矛盾的专业要求（Appelbaum，1993；Higuchi，1994；Newman & Bricklin，1994）以及社会中更多诉讼现象的产生（Pope & Vasquez，1991；Soissous，Vande Creek，& Knap，1987）。如对心理学工作者的伦理道德控诉、不合常规要求的以及执业水平的申诉日渐增加（APA，1994；Stromberg et al.，1988）；同时，现实中还存在着对于心理学工作者来说与上述所列举行为相关的更多的风险。

针对现代社会的这种复杂性，很有必要确立一个系统的并且与伦理—法律困境中的变量、事件、指导方针相关的模型。这个方法或模型，能够与现有的、层层推导出来的伦理决策模型相结合，以促进伦理—法律困境的解决。如果缺乏一个系统的综合图式，心理学家就不能期望快速抓住不同需要之间的区别与联系……

模型的构成要素

这个框架将内部相互联系的、经常导致心理学工作者难以处理的、复杂的伦理—法律困境分割为七个部分：道德原则与个人价值观；临床及文化；专业伦理规范；组织上司政策；当局政策；规章条例；判例法。道德委员会、法官、陪审团、证人席以及政府特种机构，直接评价专业心理学工作者在上述模型中一个或多个要素上的行为与不足之处。有时，存在维度内以及维度间的冲突。我们相信，为了在复杂的现代伦理—法律困境中做出决定，专业的心理学工作者需要知道如何来评价这些要素，尤其当其相互重叠或冲突时。缺乏这项技能，就无法用系统的、审慎的方式解决这些困境。

……

要素一：道德原则与个人价值观

这一要素包括了道德原则与个人价值观的抽象特征。道德原则，如慈善、忠诚、自主、公正与不伤害（Beauchamp & Childress，1994；Kitchener，1984；Thompson，1990），为道德或正确抉择提供了有力的依据。在道德原则的基础上，一些专家提出

了美德伦理学,认为人格特质与榜样的特征(如审慎、忠诚、尊重、仁慈)能够促进心理学工作者道德品质的发展(Jordan & Meara,1990;Meara,Schmidt, & Day,1996)。除了道德原则与美德,个体做决定时还基于个人价值观(如宗教的、政治的)。

……

许多专家提出,心理学工作者在很大程度上依靠个人价值观来做决定(Abeles,1980;Eberlein,1987),一项对具有丰富伦理学理论与实践经验的心理学家的调查结果显示,占样本四分之三的人认为,为了改善当事人的福利状况或遵从个人价值观,心理学工作者可以违背伦理规范(Pope & Bajt,1988)。而且,绝大多数人报告自己曾经这样做过。

当心理学工作者的行为与伦理道德标准相悖时,他们通常会违背伦理道德或法律规定。当心理学工作者的行为与他们的个人价值观相悖时(他们通常会私下这样做),唯一的后果是焦虑水平或自责感增强……

要素二:临床及文化因素

在文献中,临床以及文化因素通常被认为是和道德能力相关的一般性问题(Lakin,1994),因此,常常被弱化或忽视(Payton,1994)。然而,实际解决伦理—法律困境问题时,必须要对这两个相互联系的要素进行考虑。

临床知觉以及判断力(Gambrill,1990),是鉴别伦理—法律困境中的重要变量及问题的关键。向同事进行咨询是检查自己临床判断力与相关知识的最有效方法(Bongar,1991)。研究显示,这一维度在实践中非常重要。即使是经验丰富的专家们在面对与临床和诊断密切相关的伦理道德案例时,也常常给出不同的解决方法(Tymchuk et al. ,1982)。

在所有解决伦理—法律困境的重要变量、问题及指导方针中,似乎经常忽视或弱化文化因素(Payton,1994)。美国心理学会于 1993 年提出了"针对面向不同种族、语言以及文化多样性人群提供服务的心理学工作者指导方针"。尽管这是一份非强制性的文件,但却是令人鼓舞的,因为它清楚地阐明了文化要素在心理伦理学中的作用。从一个多样化、多元文化的视角来看,像多元关系的性质、以物易物方式的使用、保密的界限等问题具有与以往不同的含义。正如泊波与瓦斯库兹(Pope & Vasquez,1991)所说的那样,"每个治疗者都应该尽力对有特殊需要的、处于变化环境中的来访者做出合乎伦理道德的反应"。

要素三:职业伦理规范

在这个模型中,伦理意味着命令以及限制某些专业行为,如美国心理学会对其成员提出的限制性行为。在这个模型中,伦理的含义要比比彻姆和奇尔德雷斯于 1994 年提出的定义狭窄得多,他们认为伦理是"理解和检验伦理道德生活的各种各样的方式"。

除了针对具体内容、指向明确的方针(如美国心理学会于 1981、1987、1993 年提出的指导方针)外,APA 伦理规范还包括 6 个一般伦理原则以及 104 个强制性伦理标准。这些文件表明了该组织代表们对行为原则与标准的一致意见,尽管有些规范很保守或反应过度。但在有些方面,按照规范行为的心理学家确实得到了保护。然

而,这些规范可能会包含潜在或实际存在的互相矛盾的指令(Eberlein,1987,1988;Lakin,1994;Pope & Vetter,1992),并且不能处理一些现实问题或预见不断涌现的新问题(Plante,1995;Vanek,1990)。现代专业心理学伦理课程以及内部的训练,主要集中于学生对于 APA 伦理规范的理解及应用上(S. Jones, personel communication, March 11,1999)。

APA 伦理规范只适用于其会员。如果心理学工作者违背了伦理标准,APA 对其最严厉的惩罚是取消会员资格。然而,这样一个驱逐行为会上报到心理学工作者州证书颁发委员会(S. Jones, personal communication, March 11,1999),其他制裁也会紧随而至。

……

要素四:组织或上司政策

第四个要素包括由心理学工作者组织或雇主提出的一系列制度与要求,最近军队、医院、惩戒机构中特殊的制度与要求也被考虑在内(APA,1994;Johnson,1995;Pope,1990;Wood,Rogers,McCarthy & Lewine,1994;Weinberger & Sreenivasan,1994)。除此以外,注重管理的公司也日益尝试控制从业者的行为(Appelbaum,1993;Higuchi,1994;Koocher,1994;Newman & Bricklin,1994;Vasquez,1994)。雇主会提出共享咨询中的有些内容,如秘密信息、咨询记录、归档的客户信息、一些必须报告给雇主的行为、提高当事人身心健康水平的方法与建议。通常分歧会在"谁是客户"这一问题上产生。如果客户本身就是需要心理健康服务的病人时,他当然拥有完全的知情权(APA,1994)。然而,当这些客户(如支付服务费的人)不是病人时,那么这种关系就很难处理。

……

要素五:联邦、州与当地法规

法规是立法机关制定的一般规则,它包含了联邦和州的法律以及地方法令。法规可以发动行为,如:制定一个禁止虐待儿童的法令或禁止某些行为(如与客户发生性关系)。并且随着立法机关结构的变化,法规也会随之变化。

虽然只有少部分的联邦法规涉及对心理学工作者的管理,不少州法规却对心理学操作与应用进行了规定(如有关保密、特权、不情愿的承诺、同意治疗的年龄、记录方式、非当事人的权利、保护当事人的职责、报告当事人恶习的责任以及禁止与当时的来访者发生性关系的条款)。郡、市、乡镇的法令也对心理学工作者有约束力。

法规通常制定对于违规行为的民事(通常是罚款)与刑事惩罚(罚款或判刑)。除了这些惩罚外,如果确定为重罪,所在州心理学委员会也会吊销从业者执照,实际上,这主要与州法规关系更密切(Pope & Vasquez,1991;Stromberg et al.,1988)。同样,APA 同意在重罪确定的基础上依法取消违规者的会员资格。

……

要素六:规章条例

任何一个联邦、州或当地政府的法规都包括可执行的条例或条款,能够对法律

进行补充、解释甚至修正。大多数规章条例都与已有的法律程序相一致并且具有法律效力。例如联邦法要求对联邦政府拨款资助的物资滥用项目保密，于是在1997年的卫生署与人权服务条例中列出了保障这项法律实施的条款（1983年酒精与药品滥用修正案）。

与心理学关系最为密切的是州执照法所规定的条例与规范。大多数州心理学联合会制定了执照颁发的规章条例，许多借鉴了州或省心理学联合会的行为规范（ASPPB，1996）或美国心理学会伦理规范。近年来，这些规章已经变得越来越详细、具体，听起来更像法规，经常以"应该"或"不应该"这样的语言形式出现。

违反规章条例者，会被罚款甚至刑事处罚。例如，心理学工作者违背执照颁发委员会的行为规章，就可能被吊销执照、受到公开或私下斥责、被处以缓期执行、罚款或要求在监督下从业。除此之外，如果被发现违反美国心理学会伦理规范，州执照颁发委员会将对此进行调查。同样，如果执照被吊销也会引起美国心理学会在伦理道德方面的详查。

……

要素七：判例法

判例法包括联邦以及州法院裁定、公开出版报道的案例。如同联邦法院裁定的案子比州法院裁定的更有可能被报道一样，上诉裁判结果比审讯的结果更为频繁地被报道。判例法不同于一般法律与法规之处，在于它是在之前一个个案子裁定结果的基础上发展起来的，受特定的背景影响。而后者代表的是由立法机构或行政部门的官员制定的一般法规。然而，判例法能够解释其他法律法规的目的与意义。因此，心理学工作者有必要熟悉相关法律法规以及可能利用的判例法解释。

通过案例，法律曲折地向前发展，有时甚至还会停滞不前。通常，法官依据同级或上一级法院裁定的先例来判案，但也可能否定、改进或进一步解释已有的裁定结果，于是建立一个新的判例法。一个案子通常要通过低一级法院审理后才能提起上诉，要历时几年，因此，判例法常常不能反映当时最紧迫的伦理困境。

一般法律是一种特殊的判例法，它提供了适于一般情境的法律规范，尤其是没有相关法律条文的情境。一般的合同法、财产法、侵权法（包括由于疏忽造成的侵权）都是一般法的一部分，它已经在案例判决中被运用了几个世纪。尽管和其他法律一样，一般法律只适用于特定的法庭审判范围，然而，大多数州都接受并应用一般法律。在这一点上，州与州之间差别不大。

侵权（如因疏忽和故意侵权所造成的损害）为一般法律所裁决。侵权的一种形式是渎职，表现为专业人员玩忽职守，对病人敷衍了事。在渎职行为中，如果陪审团认定治疗者应该对病人负责但未尽职责，其行为或不作为是对当事人造成伤害的最直接原因，起诉的当事人将胜诉（Bennett et al.，1990；Stromberg et al.，1988）。如果治疗者有以下行为，就可以被起诉：侵犯当事人的知情权、误诊、疏于治疗、未能阻止伤害、与来访者发生性关系等。其他潜在的侵权行为包括：违背保密原则、故意施加情绪压力、不恰当地过分影响来访者或诽谤中伤。

当治疗者思考解决伦理—法律困境的方法时，应当评估被控告的风险以及相关的惩罚。例如，违约的补救措施是赔偿原告足额的赔偿金；对于侵权的补救措施也是给原告一大笔赔偿金。保险公司通常会在庭外解决纠纷以节约金钱，即使投保方（即心理学工作者）不用承担法律责任时也可以庭外和解。被控诉后，即使案子在

庭外和解了,也难于重建渎职保险以及弥补财力上的损失。在一些辖区内,对渎职处理的结果必须上报到颁证委员会,他们也会开展调查工作。

……

伦理教育工作者对模型的应用

使用这个模型,可以确保伦理课程培训及实践涵盖所有重要内容,而不是只包括伦理规范(Plante,1995;Vanek,1990)。通过主动运用包含其他六个要素(道德准则与个人价值观、临床及文化、专业伦理道德规范、组织上司政策、当局政策、规章条例、判例法)在内的这一模型,专业的心理学研究生可以更全面、系统、前后一致地评估伦理困境。伦理教育工作者使用这一模型,将有助于学生跟上日益复杂的现代心理学临床实践的步伐。

这一模型在现代教育中的运用,可以引起人们关注建构综合的伦理决策结构模型(Eberlein,1987;Fine & Ulrich,1988;Gawthrop & Uhlemann,1992;Welfel,1992),也有利于解决研究生(Tymchuk,1985)和教师(Tymchuk et al. ,1982)经常遇到的伦理困境……

这个多维度框架需要那些体会到伦理决策过程的复杂性,以及为审慎的职业行为做出表率的大学教师来修订。为了不使这个框架变成空洞的抽象概念,就必须与大学教师和其他教育培训者的实践行为相结合。希望他们能够在实践中适时地提出该结构模型所存在的问题,并对其应用情况进行充分讨论。

最后,伦理教育者可以通过多种多样的方法,来评价当面对一连串的道德—法律困境时心理学工作者的判断力,以检验这个模型的有效性。这个困境模型的主要内容以及最为突出的部分可以通过(并类似于)先前一些研究者所使用的方法获得(Haas,Malouf, & Mayerson,1988;Smith et al. ,1990)。从鉴别伦理困境,思考可能的解决方法到决定具体行为的过程中,心理学工作者可以广泛应用这一七因素模型。

参考文献

Abeles N. (1980). Teaching ethical principles by means of value confrontations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *17*, 384-391.

Alcohol and Drug Abuse Amendments of 1983, 42 U. S. C. § 290dd-2(1983).

American Psychological Association. (1981). Specialty guidelines for the delivery of services by clinical psychologists. *American Psychologist*, *36*, 640-651.

American Psychological Association. (1987). General guidelines for providers of psychological services. *American Psychologist*, *42*, 712-723.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (1993a). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, *48*, 45-48.

American Psychological Association. (1993b). Record keeping guidelines. *American Psychologist*, *48*, 984-986.

American Psychological Association. (1994). Report of the ethics committee. *American Psychologist*, *49*, 659-666.

Appelbaum, P. (1993). Legal liability and managed care. *American Psychologist*, *48*, 251-257.

Association of State and Provincial Psychology Boards. (1996). ASPPB code of conduct. In L. J. Bass, S. T. DeMers, J. R. P. Ogloff, C. Peterson, J. L. Pettifor, R. P. Reaves, T. Retfalvi, N. P. Simon, C. Sinclair, & R. M. Tipton (Eds.), *Professional conduct and disciphine in psychology* (pp. 165-176). Washington, DC: American Psychological Association.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New

York: Oxford University Press.

Bennett, B. E., Bryant, B. K., VandenBos, G. R., & Greenwood, A. (1990). *Professional liability and risk management.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care.* Washington, DC: American Psychological Association.

Cayleff, S. E. (1986). Ethical issues in counseling gender, race, and culturally distinct groups. *Journal of Counseling & Development*, *64*, 345-347.

Department of Health and Human Services Regulations, 42 C. F. R. § 2. 1, *et seq.* (1997).

Eberlein, L. (1988). The new CPA Code of Ethics for Canadian psychologists: An education and training perspective. *Canadian Psychology*, *29*, 206-211.

Fine, M. A., & Ulrich, L. P. (1988). Integrating psychology and philosophy in teaching a graduate course in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 542-546.

Gambrill, E. D. (1990). *Critical thinking in clinical practice: Improving the accuracy of judgments and decisions about clients.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gawthrop, J. C., & Uhlemann, M. R. (1992). Effects of the problem-solving approach in ethics training. *Professional Psychology: Research and Practice*, *23*, 38-42.

Haas, L. J., Malouf, J. L., & Mayerson, N. H. (1988). Personal and professional characteristics as factors in psychologists' ethical decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 35-42.

Higuchi, S. A. (1994). Recent managed-care legislative and legal issues. In R. L. Lowman & R. J. Resnick (Eds.), *The mental health professional's guide to managed care* (pp. 83-118). Washington, DC: American Psychological Association.

Johnson, W. B. (1995). Perennial ethical quandaries in military psychology: Toward an American Psychological Association-Department of Defense collaboration. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 281-287.

Jordan, A. E., & Meara, N. M. (1990). Ethics and professional practice of psychologists: The role of virtues and principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 107-114.

Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and the ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *Counseling Psychologist*, *12*(3), 43-55.

Koocher, G. P. (1994). The commerce of professional psychology and the new ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 355-361.

Lakin, M. (1994). Morality in group and family therapies: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 344-348.

Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *Counseling Psychologist*, *24*, 4-77.

Newman, R., & Bricklin, P. M. (1994). Parameters of managed mental health care: Legal, ethical, and professional guidelines. In R. L. Lowman & R. G. Resnick (Eds.), *The mental health professional's guide to managed care* (pp. 63-82). Washington, DC: American Psychological Association.

Payton, C. R. (1994). Implications of the 1992 ethics code for diverse groups. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 317-320.

Plante, T. G. (1995). Training child clinical predoctoral interns and postdoctoral fellows m ethics and professional issues: An experiential model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 616-619.

Pope, K. S. (1990). Ethical and malpractice issues in hospital practice. *American Psychologist*, *45*, 1066-1070.

Pope, K. S., & Bajt, T. R. (1988). When laws and values conflict: A dilemma for psychologists. *American Psychologist*, *43*, 828-829.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (1991). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists.* San Francisco: Jossey-Bass.

Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, *47*, 397-411.

Smith, T. S., McGuire, J. M., Abbott, D. W., & Blau, B. I. (1991). Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to

justify doing less than one believes one should. *Professional Psychology: Research and Practice*, *22*,235-239.

Soisson,E. ,VandeCreek,L. , & Knapp,S. (1987). Thorough record keeping: A good defense in a litigious era. *Professional Psychology:Research and Practice*, *18*,498-502.

Stromberg, C. D. , Haggarty, D. J. , Leibenluft, R. F. , McMillan, M. H. , Mishkin, B. , Rubin, B. L. , & Trilling,H. R. (1988). *The psychologist's legal handbook.* Washington,DC:National Register of Health Service Providers in Psychology.

Thompson, A. (1990). *Guide to ethical practice in psychotherapy.* New York:Wiley.

Tymchuk, A. J. (1985). Ethical decision-making and psychology students' attitudes toward training in ethics. *Professional Practice in Psychology*,*6*, 219-232.

Tymchuk, A. J. , Drapkin, R. S. , Major-Kingsley, S. , Ackerman, A. B. , Coffman, E. W. , & Baum, M. S. (1982). Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*,*13*,412-421.

Vanek,C. A. (1990). Survey of ethics education in clinical and counseling psychology. *Dissertation Abstracts International*, *52*, *5797B* (University Microfilms No. 90-14,449).

Vasquez,M. J. T. (1994). Implications of the 1992 ethics code for the practice of individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*,321-328.

Welfel, E. R. (1992). Psychologist as ethics educator: Successes, failures, and unanswered questions. *Professional Psychology: Research and Practice*, *23*,182-189.

Wood,K. A. ,Rogers,J. H. ,McCarthy,S. M. , & Lewine,R. R. J. (1994). Psychologists in public inpatient settings: Ethical dilemmas. *Professional Psychology:Research and Practice*,*25*,234-240.

评论:

参见 Knapp,S. ,& Vande Creek,L. (2004). Using case law to teach professional ethics. *Teaching of Psychology*, 31, 281-284.

保密性、特权和隐私

第四单元

众所周知,“不伤害”是心理学研究伦理中的首要原则,除此之外,为研究者所一再强调的就是保密原则。不管心理学家是从事研究,还是从事对儿童、家庭、雇员、刑事犯罪等的评估,亦或是进行任何形式的心理干预,不管是在私人还是公共场合,他们都知道在职业上有责任对自己所知道的信息进行保密。然而,一些道德责任在被违背时却可能比被履行时更容易被误解或是被推崇。

有充足的证据表明,做好对患者、来访者甚至研究被试的隐私保密在社会上是受推崇的。虽然“隐私”这个词没有出现在美国宪法中,但最高法院已经认可它是一项基本权利。某种程度上,隐私权意味着禁止联邦和州政府机构不合理地收集、保存和传播公民的私人信息。许多州甚至已经通过了更为特别的法规来规范心理学信息的公开。其中一些法规要求,心理学家或者其他专职人员如果没有经过其评估对象、治疗对象和研究对象的知情同意就违反了保密原则,他们就要承担民事甚至是刑事惩罚。一些州(但不是所有州)已经通过了所谓的沟通特权法(privileged communications laws),该法规规定患者可以禁止心理学家在诉讼中进行作证。而且,自然地,医学和每一位心理健康从业人员为保护保密沟通,已经把伦理条款准则根植于心。

在同等程度上,这一系列的保护措施见证了社会对保密和隐私的日益重视。然而,如同大气层中的臭氧层一样,这种重视对于基本价值观有一个循序渐进、连续不断的侵蚀过程,尤其是在“9·11事件”之后。正如专栏作家威廉·萨菲尔(William Safire)所说:“9·11事件之后,人们倡导隐私的热情消退了。因为隐私权不得不与生存权保持平衡”(Safire,2004,p. A27)。他说,因此患者们不再指望他们的疾病史和心理健康史仍然得到保密。而即使是在“9·11事件”之前,也有这类情况发生。例如,当客户向保险公司申请心理治疗保险费时,他们就不得不向保险公司提供重要的个人信息,如他们的心理诊断、预测和病史记录等。虽然沟通特权法看起来很有保护性,但是通常也有例外,例如该法规允许心理学家报告虐待儿童事件,允许他们在民事拘禁听证会上作证,还允许向法院提出控诉以获得债务的收集。因此,当我们通读特权法时,也会发现它们存在许多漏洞,并非无懈可击。

对于那些认为保密原则有重要价值的人们而言,最值得注意和最棘手的案例就是加利福尼亚州最高法院在塔拉斯夫起诉加利福利亚州大学校董会(Tarasoff v. Regents of the University of California,1976)的案例中做出的决定。这也许就是心理健康法中最著名的案例了。在本章中,我会提供与塔拉斯夫案件相关的大量材料及

其后果。

简而言之,加利福尼亚州最高法院认为,在心理治疗过程中,当患者透露可信的且会严重危害第三方的信息时,即使心理治疗师并不认识或从未见过第三方,他对第三方也负有一定的责任。在塔拉斯夫案中可能被引述最多的是,法院认为:"公众危机开始之时,也就是保护性特权终止之时"(Tarasoff v. Regents,1976,p. 347)。虽然这项指令具有充满诗意的押韵,但是它同时也毫无掩饰,甚至令人恐惧。它很明显地警告心理健康从业人员,公众不像大多数心理学家一样推崇保密性原则。社会通过法律体系告诫心理学家,包括研究人员和心理健康从业人员,当有必要保护第三方不受伤害时,他们那种对患者的忠诚就必须减弱。

对于塔拉斯夫案件的长期和短期影响这类问题势必还萦绕在读者的心头。例如,规定心理学家承担对心理治疗之外的隐蔽的第三方进行保护的责任其结果会怎样呢?这将如何影响患者与治疗师之间的关系呢?塔拉斯夫案还启示了患者其他的什么责任?如果患者被告知他们在心理治疗中所提及的信息并非全都被保密,那么他们是否会更不诚实,更不可信呢?要是患者不是以暴力威胁而是以传染艾滋病给他的爱人去危害他人又怎样?如果保密原则对于心理学专业和它所服务的领域而言是如此核心的原则,那么与心理学家们相比,为什么社会上的其他人似乎不那么推崇它呢?保护心理治疗中的隐私到底是对治疗师更重要,还是对患者更重要呢?心理学行业是否太过于强调将保密作为一种伦理价值呢?此时,在我冗长的陈述中,规避风险的读者应该会问到,有良心的那些心理治疗师(和研究者)在面对一个危险的患者时,他们是如何处理复杂的治疗和由此带来的伦理和法律的难题?

本单元中的材料部分提出了上述问题,并对争论点进行探讨,也提供了一些答案。需要提醒的是,本单元也包含一些教导性的目标,例如理解隐私、特权和保密之间的区别,掌握 APA 章程中的保密条款。但是,很明显,还有更重要的经验要学习。心理学家一方面要对患者承担一定的职责和道德义务,另一方面对于自己生存的社会还负有广泛的责任,这两方面常让他们难以抉择,而保密性恰好为他们考虑后果提供了跳板,这或许也是保密性与其他主题的不同之处。因此,对于这类双重角色的思考也是本单元的重要目标。

参考文献

Safire, W. (2004, March 10). Privacy in retreat. *The New York Times*, p. A27.

Tarasoff v. Regents of the University of California, 551 p. 2d 334(Cal. 1976).

心理治疗关系中的隐私、保密和特权 1

⊙ 米歇尔·史密斯-贝尔和威廉·J.温斯莱德(Michele Smith-Bell and William J. Winslade)

……

隐 私

隐私的概念

隐私的概念包含了限制他人在某些方面接近其他人的意思(Gavison,1980),比如限制他人接近某人的身体或思想,包括隐含在梦里、想象、思想和信仰中的有关自我的信息。在法律上,隐私有时关系到国家或第三方对自由的侵犯;它也指私人间的联系、堕胎和保持躯体完整等领域。隐私的重要性就在于它确保人们可以自由地发展自己的个人同一性、选择自己的价值观和塑造自己的人生历程。

一些法律评论员支持赋予隐私宪法权利,他们赞同把个人信息看成是个人身份的必要组成部分,并认为这对大多数的人格理论也是至关重要的……

隐私权

最高法院明确承认隐私权的第一个判例是格里斯沃尔德起诉康涅狄格州(Griswold v. Connecticut,1965),该案推翻了康涅狄格州禁止已婚夫妇使用避孕药的法规。隐私权的进一步扩大是在艾森思泰德起诉贝尔德(Eisenstadt v. Baird,1972)这一诉讼案中,该案中最高法院撤销了对被告分发避孕药给未婚人士的定罪。在罗伊起诉韦德(Roe v. Wade,1973)案中,法院出台了刑事堕胎法。该法正式宣布,除了出于挽救母亲生命的目的,否则堕胎犯法。然而,罗伊案中,法院通过以下陈述限定了隐私权:"只有个人权利才是宪法所称的'基本'(fundamental)权利或隐藏在'法定自由'(ordered liberty)之中……包含这些是个人隐私的保障。"

隐私权在随后的惠伦起诉罗伊(Whalen v. Roe,1976)一案中被确定下来。在该案中,法院规定,患者没有交流隐私信息的宪法权,当医疗治疗记录被妥善保管且没有非法泄露时,患者同样也没有拥有这些记录的宪法权。之后,最高法院更进一步地限制了隐私的宪法权。在鲍尔斯起诉哈德维克(Bowers v. Hardwick,1985)一案中,法院支持了乔治亚州反对鸡奸(sodomy)的法规,而且驳回了认为隐私权包括同性恋从事鸡奸的基本权利这一申诉。而对于心理关系中的隐私原则,很少有联邦上

诉法庭或者州法庭会认可这种隐私具有宪法权……

在加利福尼亚州(In re Lifschutz,1970),一个心理治疗师声称心理治疗中当他与患者交流时他自己拥有隐私利益;法院认为只有患者才有受宪法保护的个人隐私利益,该利益在于阻止心理治疗关系泄露。在另外一个案例中(Caesar v. Mountanos,1976),一个心理治疗师在患者明确放弃了心理治疗特权之后仍然拒绝回答他的一些问题。法院认为,患者与治疗师之间的交流本质通过心理治疗师—患者特权在隐私宪法权中产生了联系。但是在上诉时,法院认为当有必要保障不可抗拒的国家利益时,如在法庭程序中查明真相,隐私权必须受限;此外,法庭认为,放弃或者坚持特权是患者的权利。

夏威夷精神病学会起诉有吉弘行(Hawaii Psychiatric Society v. Ariyoshi,1979)一案支持了隐私的宪法权。夏威夷州曾执行一项法规,允许执行行政监督许可证,即可以复核公共医疗补助制(Medicaid)患者的心理健康记录。这项法规遭到联邦地区法院的制止。法院认为个体决定寻求精神病医师的帮助或将某些私人的信息透露给精神病医师,毫无疑问都属于隐私权的范畴。法院平衡了患者的个人隐私利益和(保护公共医疗补助制项目不受欺骗的)州利益之间的关系;法院发现,夏威夷州未能表明执行许可证,检查治疗师的保密医疗记录对于保障不可抗拒的国家利益是必须的。

保密性

与隐私的区别

尽管宪法中对隐私权的认可是有限的,但是隐私性与保密性都是心理治疗关系的本质特征。两者都与对他人的限制接近和排斥的一般看法有关;有时人们会宽泛地互换使用这两个概念。比如,隐私性与保密性都与公开的意思相反。然而,在心理治疗关系背景下区分这两个概念是有益的。

当患者开始接受治疗的时候,他说出自己的思想、情感、信仰等个人隐私,这么做是希望获得治疗师的了解和帮助。从这个角度看,隐私是“个人”的一个方面。一旦患者把信息告诉治疗师,他们就满心期待这些信息不会被透露给第三方,它们变得秘密了,也意味着这种咨访关系中信息的保密。因此,允许治疗师接触保密信息是有必要的,因为从定义上看,这也是为了建立保密关系;而且这种保密性是必不可少的……

在一些情况下,第三方无权使用保密咨访关系中治疗师所掌握的私人信息,甚至根本无权知道咨访关系是否存在。比如,一些患者宁愿选择支付现金而不是通过保险来支付(Domb,1990-1991,citing Sosfin,1985)。一些治疗师通过设置不同的出入口以及使用电话应答机代替接听电话服务的方式,来要求他们的员工保护患者的隐私。患者与治疗者之间的典型的特有的双重关系逐渐消失但未绝迹。

维持保密性的障碍

个人和团体的治疗活动逐渐在更广的关系中发生,该关系涵盖了治疗师、患者和大量的第三方(包括家人、雇员、保险人、法庭和政府机构)。当法律或道德要求时,治疗师公开信息的特定责任总是压倒了保密信息的一般职责。例如,当患者处在监禁、需被证明有胜任力和精神正常、或是面临拘留等诉讼时,就会希望治疗师就

治疗中的保密信息作证。在这种情况下，哪怕患者本人不同意，法律可能也要求公开隐私。法律规定报道的要求（例如涉及儿童和老人虐待的案件）压倒了保密性。当道德要求公开个人隐私而法律没有相关规定时，就产生了冲突，比如，关于治疗师有责任去保护受患者威胁的第三方。

在维持保密性的外在压力作用下，心理治疗的后果就是治疗师在寻找可以公开的敏感信息和患者时可能变得小心翼翼。即使治疗师没有很明显地告知患者保密性的局限，但第三方可以使用这些信息的阴影会影响治疗师在治疗过程中的询问模式。如果治疗师告知患者保密性的局限，患者就会在沟通中受到限制并因此妨碍治疗的有效性。政策制定者面临的难题就是平衡保密（对于治疗进程必不可少）和必要时有权公开信息（以保护公众的合法利益）这两个需要之间的关系。

患者的期望 即使不是很让人愉快，但大多数治疗师还是必须熟悉强加在保密权上的大量限制，而研究表明患者对于隐私和保密性有更多的期望（Weiss，1982）。在1986年的研究中，大多数学生患者与非患者都认为与心理治疗师的交流的所有信息都是保密的；几乎所有的患者都想知道哪些信息不包含在保密范围之内；大多数人报告说他们对未经许可违反保密原则的行为持反对态度，该行为会削弱他们的隐私权（VandeCreek，Miars，& Herzog，1987）……

当然，在某种程度上，治疗师应该依据法律或者道德标准的要求来维护保密性。但是鉴于患者有时候对于保密范围的不切实际的期望，在治疗的开始或者早期澄清保密范围的局限性是重要的。只有患者信任治疗师之后，治疗关系才不是暂时和脆弱的。当信任受到威胁时，即使不是被暗中破坏，而是患者觉得受治疗师误导，那么患者也可能在治疗中对自己的信息有所保留，或是以公然的或隐蔽的方式不与治疗师合作，如取消约会、迟到、不付款等。对保密性的误解不可改变地破坏了治疗关系。因此，对于治疗师而言，知道和发现求助者关于保密性的合理期望是有必要的。我们可能很难预先划定保密性的明确界限，但是至少可以解决大部分的问题。

当治疗师面对某种特定的冲突，即维护患者在保密性中的利益与第三方认为可以使用这些信息之间的冲突时，较为合适的做法应该是先考察与患者的冲突。这样就促进了治疗进程，因为这样做显示了对患者的尊重以及治疗关系的完整。即使法律没有要求，患者可能也会选择允许公开隐私。当患者不想透露隐私时，治疗师有责任在法律和伦理允许的范围内寻求对保密性的维护。在特定情况下，治疗师可能会发现向专业组织的伦理委员会、伦理顾问或律师、或是那些对保密原则和实践熟悉的有经验的同仁请教是很有帮助的。要求透露保密的信息可能很过分，但有时对于患者和治疗师而言，共同商定透露一些患者和第三方都满意的保密信息却是可能实现的。还有一些情况，患者可能通过签订弃权证书或者直接向第三方泄露私人信息，从而自动放弃或丧失保密权，这样治疗师就可能别无选择，而只能透露其他的保密信息。但是，如果在治疗关系的早期，治疗师就已经适当地告知患者这些信息，那么治疗关系的损害就可以降到最小。

特　权

特权的含义

特权的含义必须和保密性的含义区分开。特权是对法庭诉讼中公众有权获得

相关证据这类一般规则的例外。保密性更宽泛地指保护个人信息免遭非法泄露的一些法律规则和伦理标准。保密性本身不足以支持特权；没有特权法或者普通法，治疗师可能会因为拒绝法庭要求其为患者的心理治疗信息作证而被指控为藐视法庭。因此，保密是禁止说出特定信息的职业责任，而特权是在法庭程序中说出特定信息后对责任的免除（Domb，1990-1991，citing In re Lifschutz，1970）……

患者的权利

患者的隐私权和保密权部分受特许保密信息法条款的保护。如果保密信息被认定为法律特许不予公开，那么在司法诉讼中提出这类保密信息作为举证就会被拒绝。因此，特权保护患者的隐私权和保密权，而且，这么做会促使他们更倾向于寻求心理健康服务。通常，特权属于患者，也即患者可以决定行使还是放弃该权利。虽然特权的所有者是患者，但是在合适的场合，治疗师为了患者的利益也可以行使特权法，除非这种特权已经被放弃或是审议中的沟通信息属于法定的特权之外（Brakel，Parry，＆ Weiner，1985，citing In re Lifschutz，1970）。

提到特权，患者和治疗师之间的沟通要符合一系列的要求。首先，根据不同的州法律，与患者沟通的必须是符合州特权法规定的具有许可证或资格证的治疗师或其助手；第二，这种专业的治疗关系必须是在患者与治疗师之间进行；第三，治疗师与患者的沟通必须符合专业服务的相关规定；第四，这种沟通必须是保密的，沟通的信息不能由患者透露给第三方（Smith，1980）。

……

对特权的批评

由于受到不同的联邦和州法规的影响，同时还受到卫生保健财政支出变化的影响，特权法和一般的保密职责渐渐出现一些例外和局限性。此外，由于特权法应用的范围相对狭窄，因而它只能为保密性提供有限的保护；在诉讼场合，它们经常只适用于治疗师和心理学家，因此就降低了适用范围和效力（Brakel，Parry，＆ Weiner，1985）。而如果患者放弃（有时是轻率地）行使心理治疗中的特权时，其适用范围也会缩小。

弃权

当患者由于精神性伤害而提出侵权行为或工伤赔偿金的索赔，或是诉讼当事人对他们的精神状态存在争议时，患者会放弃对心理治疗中沟通的保密特权。与例外不同的是，上述情况下，通常特许的信息（privileged information）在某些法律规定的情况下（如当面临刑事指控的被告将自己的精神状态作为防卫时）不再是特免。弃权需要来自患者的口头承诺或者默许同意……

参考文献

Bowers v. Hardwick，478 U. S. 186.（1985）.

Brakel，S. J.，Parry，J.，＆ Weiner，B. A.（1985）. *The mentally disabled and the law*（3rd ed.）. Chicago：American Bar Foundation.

Caesar v. Mountanos，542 F. 2d 1064（9th Cir. 1976），*cert. denied*，430 U. S. 954.（1997）.

Domb，B.（1990—1991）. I shot the sheriff，but only my analyst knows：Shrinking the psychotherapist-patient privilege. *Journal of Law and Health*，*5*，209-236.

Eisenstadt v. Baird，405 U. S. 438.（1972）.

Gavison，R.（1980）. Privacy and the limits of the law. *Yale Law Journal*，*89*，421-472.

Griswold v. Connecticut，381 U. S. 479.（1965）.

Hawaii Psychiatric Society v. Ariyoshi, 481 F. Supp. 1028. (D. Hawaii, 1979).
In re Lifschutz, 2 Cal. 3d 415, 467 P. 2d 557, 85 Cal. Rptr. 829. (1970).
Roe v. Wade, 410 U. S. 113. (1973).
Smith, S. R. (1980). Constitutional privacy in psychotherapy. *George Washington Law Review*, *49*, 1-60.
Sosfin, E. S. (1985). The case for a federal psychotherapist-patient privilege that protects patient identity. *Duke Law Journal*, 1217-1244.
VandeCreek, L., Miars, R. D., & Herzog, C. E. (1987). Client anticipations and preferences for confidentiality of records. *Journal of Counseling Psychology*, *34*, 62-67.
Weiss, B. D. (1982). Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. *Journal of the American Medical Association*, *247*, 2695-2697.
Whalen v. Roe, 429 U. S. 589. (1976).

评论:

在探讨隐私权时，史密斯·贝尔和温斯莱德（Smith-Bell and Winslade）引用了鲍尔斯（Bowers）起诉哈德维克（Hardwick）的案件，该案是1985年由美国最高法院裁决的。正如他们的翔实报道，法院以5:4的结果支持了判定鸡奸有罪的州法规，一名同性恋申请人认为这类法规违反《正当法律程序条款》（Due Process Clause）中对隐私权和自由权的规定，但法院驳回了他的抗辩。然而，2003年，劳伦斯诉得克萨斯州案（Lawrence v. Texas，539. U. S. 558）（2003）推翻了鲍尔斯案件，认为各州将成年人间相互同意私下在家里进行的同性性行为视为非法行为，事实上违反了美国宪法。正如法庭所陈述的："根据《正义程序条款》，自由权给予了同性恋者完全的权利去实施他们的行为，政府不得干预（p. 578）。"

1983年APA主席马克斯·西格尔（Max Siegal）认为"绝对主张心理学家在任何情况下都不能违背患者或研究对象的保密性"（p. 269）（见Siegal, M. 1979. Privacy, ethics, and confidentiality. Professional Psychology, 10, 249-258）。但是APA从来没有在伦理章程中采纳过该观点。

现在的保密性原则主要基于2002年的"心理学工作者的伦理学原则和行为规范"，包含了四个部分七个独立的条款。相对于1992年法规中的十一个条款，该法规已有所缩减。其中关于对治疗记录的维护和放置保密信息的条款已经移到第六部分（记录的保持和费用，参见第十单元）。准则4.01和4.05是主要条款。在准则4.01相关部分可以看到："心理学家有基本的责任和采取合理的预防措施来保护保密信息……要认识到保密的范围和限制都可能受限于法律，或者由宪法法规、专业和科学关系规定的。"再来看代表委员会（Council of Representatives）的一位成员在谈1992年法规中相似的条例时提议："心理学家应尽其所能地尊重和保护其服务对象的保密权，当且仅当在法律的要求下方可透露其保密信息。"该项提议被大多数成员否决了。二者相比，你更喜欢哪种版本呢？

你在阅读以下材料的时候，将西格尔的观点与流行的观点进行比较会有所帮助，同时还可以思考这样的问题：当前的法规以什么样的方式来损害自我决定的伦理理想？它又如何损害个体决定与自己个人利益相关的事务的自主权？同时，它还以何种方式来损害2002年的法规中体现个人志向的E原则所反映的隐私和保密权？

心理治疗中的隐私与保密 2

⊙ 路易斯·埃斯坦,戴安娜·苏立范·埃斯担,加里·M.黑曼,
瑞科·霍曼·初,戴维德·H.弗里,哈罗德·G.约翰逊,里查德·H.西登
(Louis Eerstine,Diana Sullivan Eerstine,Gary M. Heymann,Reiko Homma True,
David H. Frey,Harold G. Johnson,and Richard H. Seiden)

……

概　述

……引发争议的不是那些违背或不愿意违背保密性原则的治疗师谁该感到内疚,而是如何界定"恰当"和"不恰当"的行为。事实上这里就出现了"医生的两难问题",它产生于处于两极的两股强势力量之间的较量:(1)患者,一个希望其隐私能够得到尊重的普通市民;(2)社会,希望能够掌握部分市民的一些行为与意图。心理治疗师应该在这两个对手之间寻找一条平衡之路,这样他们才可以作为"和解之星"而被人们原谅……

提醒的义务

人们对于塔拉斯夫起诉加利福利亚大学校董会的案件仍然存在困惑。此困惑并没因为加利福利亚最高法院于1976年7月作出最后判决而消失。很多人不知道1969年发生在伯克利的事件的完整细节,正是因为这一事件才导致此案件的发生……

1969年8月20日,泊勒森杰特·珀达(Prosenjit Poddar)——一个自愿在伯克利大学考厄尔纪念医院接受治疗的门诊患者,他告诉他的治疗师(也是一个心理学家)他计划谋杀一个年轻的女子。珀达并没有说出此女子的名字。但是后来发现,其实心理学家可以很容易就知道她是谁。珀达计划当女子休完暑假回到伯克利之后将其杀害。

接下来的这学期,鉴于珀达对自己和他人的潜在危险,这个治疗师打电话通知校警,要求他们观察他,以提供可能对其进行住院治疗的依据。之后治疗师还写了一封信给校警察局的长官,内容包含一个正式的求助请求。为了审问珀达,校警拘留了他。但之后由于珀达提供了一些证据证明自己是"理智的",警方只得将他释放。很快地,该治疗师的督导——考厄尔医院精神科主任,要求校警退还求助信,要求此信及珀达治疗期间的记录都要销毁,并指示不能采取措施将珀达送入医院治

疗。这样,对于潜在的受害者及其父母都没任何提醒。很自然地,这个患者也没有再重新开始他的治疗。

1969 年 10 月 27 日,泊勒森杰特·珀达杀害了塔蒂亚娜·塔拉斯夫。受害者的父母对加利福利亚大学董事会、考厄尔医院的一些员工及校园警察的警官及其 4 个员工提起了诉讼。一个初级法院驳回了诉讼,受害者父母继续上诉。加利福利亚最高法院于 1974 年受理了此案,并于 1976 年重审了其判决。1977 年 7 月,此诉讼得到了解决,塔拉斯夫家庭得到了相应的赔偿……

最高法院判决的一个关键点在于:并不是因为治疗师及其管理者没有预测到暴力事件而使得案件成为可能(心理学家很明显地判断出他的患者是危险的),而是因为他们没有给受害者及其父母提供足够的提醒才导致案件的发生。

简而言之,由加利福尼亚心理协会(CPSA,California State Psychological Association)申请的法院临时法律顾问及其他专业组织观点一致(Gurevitz,1977),他们的辩护理由在于:(1)治疗师在预测暴力时无法确保万无一失;(2)提醒受害者会违背咨询师与患者之间关系的保密性原则,这样就会破坏治疗所需的信任气氛,也会影响到治疗效果本身。法院驳回了第一个争论,因为治疗师事实上已经预测到暴力行为将可能发生。第二个争论也被大多数法官所反对……对于心理治疗的核心本质因为规定的特权例外而改变这一争议,法院给出的观点是,不管治疗关系是否有效,生命安全都应该放在首要位置。最终判决结果中,法院提出了一个在其判决中占有重要份量的指导性原则:提倡保护咨访关系中的私人信息的公共政策必须在一定程度上服从于“信息的公开本质上是为了提醒他人避免危险”这一原则。也就是,公众危机开始之时,也就是保护性特权终止之时(p. 24)。这就是做出决定的基础。任何心理学家都会受到这一结论的效力所影响,因此都必须深思它的隐含意义。

塔拉斯夫案件带来的主要影响是什么呢?实质上,法院仅选择对治疗师—患者特权做了一个极狭窄的解释,他们相信特权应该受到严格的限制。在探讨特权这一概念中,法院给出了一个模糊的观点,即心理治疗应该在安全的气氛(至圣所[1]的标准)中进行。为此,西格尔(Siegel,1976)等人认为,法院制定的这种价值判断已经反对了个体的信仰自由,而且还强烈反对完全遵循一致性。还有一些人愿意接受“预警责任”,他们认为,至少在目前及未来,它是一个合理的需要。

对于一个治疗师,作为个人他或她仍然是一个公民,必须为公益提供保护和贡献。作为一个普通百姓,有良知的人应该毫不犹豫地去提醒受害者。这就是塔拉斯夫案件的意义所在。

专业信任关系受到侵蚀

检验心理治疗的纯度就是患者与治疗师之间信任关系的建立,因此这种关系在整个治疗过程中都需要得到小心地保护。然而随着隐私权逐渐地被削弱,在我们的

---

[1] 至圣所是犹太教中,帐幕和后来犹太圣殿中的最内层的位置,以幔子和外面的圣所隔开。——译者注

社会系统中,应该通过一个合法的机制,以使专业信任关系能够得到执行。……迫在眉睫的是,我们必须竭尽所能去重建和加强信任关系的社会本质,因为信任关系对我们的专业工作非常重要……

这里就存在一个治疗师—患者特权。在加利福尼亚州法律中,治疗师被界定为是一个临床心理学家、学校心理学家、临床社会工作者和精神病专家。这个特权由患者所掌控,它并不单独依赖于治疗师。当然,当治疗师面临着以下6种情况时,这种特权可以被打破。这6种情况是:(1)当牵涉到犯罪行为;(2)当信息成为诉讼讨论的焦点时;(3)当律师要求了解治疗师所记录的信息时;(4)当治疗师在行使法庭指定权(court-appointed capacity)时;(5)当治疗师相信患者对他自己或其他人是危险的,并感觉有必要阻止一个真实的威胁出现时;(6)当患者小于16岁,且治疗师认为患者已经是某项罪行(如乱伦、强奸)的受害者时,他需要以患者利益最大化的原则来判断是否将信息公开。

结论及建议

……我们已经看到法律的神秘倾向,它严重地损害了我们为加强保密性原则所做的努力。这种倾向在一些严厉的规定中表现得淋漓尽致:它强行要求对犯罪嫌疑人的一系列罪行在第一时间进行尖锐的报道……

……我们能够很有信心地提出以下预测:(1)将会出现更多的法律和法院决议要求我们尊重隐私、保护隐私;(2)将会出现更多的法律和法院决议,需要违背保密权侵犯隐私……

参考文献

Gurevitz, H. (1977). *Tarasoff*: Protective privilege versus public peril. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 289-292.

Siegel, M. (1976, Fall). Confidentiality. *Clinical Psychologist* (Newsletter of Division 12 of the American Psychological Association), pp. 1;23.

Tarasoff v. Board of Regents of the University of California, Cal. Rptr. 14, No. S. F. 23042 (Cal. Sup. Ct., July 1, 1976) 131.

评论:

没有什么司法判决会比得上塔拉斯夫起诉加利福利亚大学校董会(1976)这一案件对专业心理学家(某种意义上也包括研究者)的影响。关于这个案件的基本事实,艾维尔斯汀(Everstine)等人在上面摘要中已有描述。更多更有趣的事实可参考艾格里·L. C.(Egley L. C.)和本·阿里·A.(Ben-Ari A.)的文章:Egley, L. C., & Ben-Ari, A. (1994). Making Tarasoff practical for various treatment populations. *Journal of Psychiatry and Law*, 22, 473-501。

事实上,加利福利亚最高法院提出了两项决议:一项在1974年(Tarasoff Ⅰ),另一项在1976年(Tarasoff Ⅱ)。被告包括穆尔博士(Dr. Moore,治疗珀达的治疗师),鲍威尔逊博士(Dr. Powelson,掌管珀达治疗所在的大学医院临床部门的精神病专家)以及加利福尼亚大学董事会(的员工),他们认为塔蒂亚娜·塔拉斯夫的父母没有合法的证据指控他们应该为其女儿的死负责,

因为她不是他们的患者,她仅仅是第三方,他们对她没任何义务。然而,最高法院中大多数法官认为塔拉斯夫的父母可以就被告没有给塔拉斯夫或者其他人提醒而提出诉讼。法院给出的以下陈述给予心理治疗领域一个很大的震撼,这种震撼与冲击远远超出了加利福尼亚州的范围:

> 我们应该这样解释,不管是被告的治疗师,还是那些本来可以提醒塔拉斯夫的人,不能仅仅因为塔拉斯夫不是他们的患者就可以逃避责任,而不去提醒塔拉斯夫正处在危险境地,其生命正遭受威胁。作为一名医生或心理治疗师,在他们的专业知识和技能操作过程中,他们应该明确提醒是非常有必要的,这样可以避免由其患者引发的危险。因此,他有义务提醒。也即,被告治疗师与作为患者的珀达的关系使得治疗师有提醒的义务。
>
> 参见 Tarasoff v. Regents of the University of California, 529 P. 2d 553(Cal. 1974)(Tarasoff Ⅰ)。

Tarasoff Ⅰ促发了大量的重要分析。参见文献如:Slovenko, R. (1975). Psychotherapy and confidentiality. Cleveland State Law Review, 24, 375-396; Stone, A. (1976). Suing psychotherapists to safeguard society. *Harvard Law Review*, 90, 358-378。

下面的文章将讲述此决议的伦理意义。

治疗师作为保护者和警察——塔拉斯夫案件结果的新角色？

3

⊙ 唐纳德 · N. 博塞夫（Donald N. Bersoff）

强调临床治疗师有义务公开患者对受害者可能的危险，实际上限制了他们同时需要对患者保密这一原则。塔拉斯夫（1974）案件与知情同意法规是相关的，该法规是在治疗师与患者之间出现的医疗事故诉讼背景下出台的……这个法规的哲学基础认为，每个人都具有自我决定的权利，更确切地说，每个人有权对发生在自己身上的事情做出决定。因此，患者在同意接受医疗干预前有权利作出明智的选择。

然而，一般来说，公开保密信息的义务并非绝对，它受到所谓的实质性（materiality）规则所影响。治疗师没必要公开一些危险信息，这些信息可能是一般患者所熟知的，或者是患者通过过去经验能判断出来的危险。更确切地说，公开保密信息的程度取决于危险的实质性。正如例案所定义的那样：

> 实质性可能对理智的人来说是重要的，在实质性原则中，治疗师知道或者应该知道的是其患者所处的位置，他应该与公开的危险信息联系起来以决定患者是否需要动手术或者让其接受治疗（Wilkinson v. Vesey，1972，p. 689）。

一些属于实质性原则范畴并因此被迫公开的信息是所建议的治疗（proposed treatment）固有的、潜在的危险，它会成为治疗的替代物，而如果患者一直未接受治疗，这样的结果就成为可能了。

在这样的背景下，就知情同意法规而言，塔拉斯夫案件的隐含意义变得不言而喻。治疗师有义务告知可能的受害者及警察机构，其患者会对第三方造成威胁，这种可能的义务似乎变成了一种重要信息，并被要求要告知未来的患者（prospective clients）。这种信息的告知对个体患者很重要，这一点由于保密信息的公开变得更加明了。当然，这时自由与隐私利益就处于危险的边缘了（Fleming & Maximov，1974）。在治疗关系以外，交流暴力危险的信息可能导致非自愿的监禁（involuntary incarceration），因为在很多情况下，紧急承诺（emergency commitment）的标准在于“对自己或他人是危险的”。假定的潜在受害者知晓这类信息可能会导致患者与第三方的冲突，事实上这样的冲突是无法提醒的。公开很显然伤害到了患者与临床治疗师之间的保密关系……

因此，很显然地，临床治疗师应该立即告知患者保密原则的局限性。如果治疗师轻率地许诺可以对所有交流信息保密，实际上就是公然地歪曲事实，这是当前所有的治疗师都应该知道的。

如果不告知这些局限，就意味着让自己在实质性的考验下仍然坚持责任。事实上，面对有义务告知第三人危险的情况下，如果不告知患者保密原则的局限性就会造成对患者的欺骗。患者是在相信治疗关系不受侵犯的情况下才完全坦露在此之前未说出的秘密，甚至包括他们的一些最具暴力性的愿望。而对于治疗师，由于害怕患者攻击性的言语表达会变成外显的行为，考虑到塔拉斯夫案件的决议，他们会担心对自己的经济安全和职业威望造成威胁，因此，他们也许会以最快的速度告诉警察这类对社会造成危险的可能隐患。结果可能导致更多的患者受到非自愿的民事拘禁。而如果治疗师不告知警察，他们就不会被监禁……

对第三方公开保密信息的义务

塔拉斯夫案件对它自身来说其隐含意义非常重要，然而其重要意义还远不止于此。塔拉斯夫案件的决议逐渐让治疗师们意识到他们不仅是为患者服务，同时也为社会机构服务。很长一段时间以来，心理治疗师一直在对患者忠诚和对社会忠诚的问题上挣扎不休。传统的观点认为患者与临床治疗师之间的关系是极度隐私的，其中，要求保密性得到最大化的尊重。崭露头脚的实践者会被告知治疗中最重要的原则是忠于患者。近来，贝尔索夫（Bersoff，1978）、哈里克（Halleck，1971）、凯特里（Kittrie，1971）、塞斯（Szasz，1963）和托里（Torrey，1974）披露了服务于国家和公众的心理健康的专业人员在许多方面会对患者造成伤害……

塔拉斯夫案件里的治疗师受雇于州政府机构，但案件决议的效力其实不仅仅局限于那些在政府资助的机构中工作的从业者。塔拉斯夫一案中的治疗师和机构的从业者一样，某种程度上都该为违反与（规定隐私行为的）沟通特权有关的州法规而负责。私立机构中的治疗师可能会寻找职业道德的庇护，以此作为努力争取保护患者隐私的平衡力（counterweights），越是这样他们越找不到安全的港口。事实上，对于塔拉斯夫案件，法院引用了美国医疗协会中的医学伦理原则的第九项内容来支持其进一步的决议。第九项提到治疗师不可以暴露隐私，“除非……法律要求他那么做或者除非它是为了保护个体或整个社区的利益。”[1]

……由于治疗师与心理学家变得越来越认同法律及其效力，这也可能存在危险，即这会使人们对寻求心理治疗失去信心，也会使人们不再信任那些曾被社会教育为最值得信赖的职业工作者（可能要排除牧师）。当治疗师试着使自己的个人品德和与保密训练保持和谐一致时，职业道德规范的模糊提示警告他们违反伦理和团体合法标准的后果，而不断发展的法律需求也要求他们做出复杂的决策判断，以便平衡患者与公共利益之间的关系。这样，治疗师可能会发现自己处于一种无法解决这些矛盾的冲突之中。无论如何，很明显地，目前存在降低患者与医生之间隐私关系保障的趋势，治疗关系时刻受到社会的监视。因此保密的局限性应该让患者很清楚地知道，因为如果不这样做的话，结果既会使患者在自由与隐私方面受到损失，也会使医生威望受到损害，还要对受害者进行金钱赔偿。

---

〔1〕 主编说明：也可以参考当前（2002）APA 伦理准则 4.02 和 4.05。

参考文献

Bersoff, D. N. (1978). Coercion and reciprocity in psychotherapy. In C. T. Fischer & S. Brodsky (Eds.), *The Prometheus principle: Informed participation by clients in human services* (pp. 63-90). New Brunswick, NJ: Transaction.

Halleck, S. L. (1971). *The politics of therapy*. New York: Science House.

Kittrie, N. N. (1971). *The right to be different*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Szasz, T. S. (1963). *Law, liberty, and psychiatry*. New York: Macmillan.

Tarasoff v. Regents of University of California, 13 C. 3d 177, 529 P. 2d 553, 118 Cal. Rptr. 129 (1974).

Torrey, E. F. (1974). *The death of psychiatry*. Radnor, PA: Chilton.

Wilkinson v. Vesey, 110 R. I. 606, 295 A. 2d 676 (1972).

评论:

很罕见的是,加利福利亚州最高法院居然同意倾听新的争论,并准备重新考虑 TarasoffⅡ案件的决议。

塔拉斯夫起诉加利福尼亚大学董事会案(Tarasoff Ⅱ) 4

……我们应该说明的是不能仅仅因为塔拉斯夫不是他们的患者,作为被告的治疗师就可以逃脱责任。当一个治疗师确定(或者依照他们职业的标准可能断定)其患者会对他人表现出严重的暴力行为时,他就有义务采取合理的措施以确保潜在的受害者免遭危险。履行这一义务要求治疗师根据事件的性质采取各种各样的措施。因此,这些措施可能是需要治疗师提醒潜在的受害者或者通过其他人通知受害者处于危险之中、报警或者采取其他在当时情景下合理的措施……

……

虽然……在习惯法(common law)系统中,作为惯例,一个人没有义务去控制他人的行为……也没有义务去提醒那些遭受这类威胁的人……但法院对这一规则规定了在一些情况下具有——当被告治疗师与那些行为需要加以控制的人有某种特殊的关系,或是由患者的行为引起的潜在受害者与咨询师具有某种关系时……应用这一例外到当前的案例中,我们发现被告治疗师与塔拉斯夫以及珀达的关系足以建立起引起注意的义务(duty of care):正如《侵权法重述》(第二版)第315条款解释的,注意义务源于:(1)行动者与第三方的特殊关系赋予了行动者控制第三人行为的义务;(2)行动者与他人间的特殊关系赋予了他人受到保护的权利。

虽然原告在陈述案情时承认塔拉斯夫与被告治疗师之间没有特殊的关系,但这种关系在珀达与被告治疗师之间建立特殊联系后出现,也即这种关系是在患者与医生或者精神治疗师之间治疗关系的基础上产生的。这种关系支持维护第三人利益的责任。例如,医院必须给予相当的注意以控制某个患者可能给他人带来危险的行为。如果患者的健康状况或药物会导致危及他人的行为,如驾车等,医生应该给予警告。

虽然加利福尼亚的决议承认这一责任包含了这些情况,即被告治疗师与受害者和制造威胁的人都处于特殊的关系中,但我们认为,这一责任逻辑上不应仅限于此……

……"通过讨论医生—患者的关系,我们有足够的理由支持治疗师应该承担一些安全责任这一结论,不只是为了患者,还为了那些受患者威胁的人"(Fleming & Maximov, The Patient or His Victim: The Therapist's Dilemma (1974) 62 Cal. L. Rev. 1025, 1030.)。

然而,被告认为强加给他们的给予相当注意以保护第三方免受伤害的责任是难以实行的,因为治疗师不能够准确地预测某一患者是否会行使暴力。为了支持这一论点,法院临时法律顾问指出美国精神病协会以及其他专业机构所引用的大量文章表明,在现有的技术下,治疗师难以可靠地预测暴力行为;他们认为治疗师的预测一向高估了暴力行为,而且大多数情况下预测的错误率高于正确率。既然对暴力行为的预测经常是错误的,法庭不应该做出依靠这种低效的预测断定治疗师责任的裁决。

精神病医师既是医学从业者,又是具有综合角色的心理学家,就像内科医师一样,必须遵守职业标准,其诊断与预测都应该要建立在评估的基础上。因此,治疗师在诊断情感障碍与预测患者是否会出现严重的暴力危险的判断方面,与医生或其他专业人员一样,都应该在公认的责任规定下进行。

我们承认治疗师在试图预测某一患者是否会表现出严重暴力危险方面存在困难。显然,我们并不要求治疗师做出完美的决定,治疗师只需要表现出"在相似的情形下,该领域专业人员所具有的合理技巧、知识与谨慎"……在理性的实践与治疗的宽广范围内,专业的观点与判断可能会有所不同,治疗师可以自由地做出他/她的最好判断而不需要承担责任;只要事后证明他/她的判断失误不足以构成过失行为就可以了。

然而,在当前的案例中,原告陈述案情并没有质疑被告治疗师无法预测珀达的严重暴力危险行为这一问题。相反,当前的控诉在于被告治疗师确实料到珀达会杀人,但由于疏忽,没有进行提醒。

然而,法院临时法律顾问认为即使治疗师已经预料到患者会对他人实施严重的暴力行为,却没有采取成功的行动去保护受害者,但也应该获得赦免。在我们看来,一旦治疗师确实断定(或者依据适当的专业标准断定)某一患者可能会给他人带来严重暴力的危害,他就有责任给予相当的注意以保护可预见的受害者免遭危险。履行这种"注意义务"应根据每个具体案例的不同而有所变化。在每个具体案例中,必须对治疗师行为的适当性进行评估,这种评估必须与同样情况下传统上对合理注意解释的过失标准进行权衡。正如费里明(Fleming)和玛克西莫夫(Maximov)在《患者还是受害者:治疗师的两难境地》(1974)62 Cal. L. Rev. 1025,1067 一书中所解释的,"……解决患者与潜在受害者之间利害冲突压力的最终问题在于社会政策,而不是职业专长……总之,治疗师不只对他的患者负有法律责任,而且对其患者的潜在受害者也负有责任,并且这两方面都受制于法官与陪审团的监督。"……

被告……争辩的理由是,自由与开放的交流是心理治疗的本质……被告认为如果提醒第三方就违背了信任的原则,即使得治疗中保密信息被公开了。

我们认为公众一方面支持有效的心理疾病治疗,另一方面对保护患者隐私的权利也有兴趣……

我们意识到,心理治疗对话的开放与保密特性原则鼓励患者表达自己的暴力倾向,甚至包括一些他们曾经实施过的暴力。当然,我们不应该鼓励治疗师例行公事地去公开这些威胁——这样的公开会严重地破坏患者与治疗师以及受威胁的个体之间的关系。相反,治疗师对患者的责任要求他不能公开保密信息,除非这种信息的公开对避免他人遭遇危险是必需的。即使在这种情况下,治疗师也要小心谨慎,

尽可能最大限度地保护患者的隐私,就像防止对他人的危险一样重要……

在上述情况下,公开谈话内容并不违背信任原则和职业伦理——如同美国医疗协会的《医疗伦理原则》(1957)一书第九条款所陈述的那样:“医生在治疗过程中不会泄露患者委托给他的秘密……除非法律要求他必须那样做或者是出于保护个体或社会福利的目的。”我们的结论是,偏向于保护患者与精神治疗医师之间交流保密的公众政策,在这种情况下(公开保密信息对于避免他人的危险是必需的)应该让步。公众危机开始之时,也就是保护性特权终止之时。

当代拥挤的和计算机化的社会迫使人们互相依赖。在当前这种传染危险的社会中,我们无法容忍进一步的危险——治疗师对于其患者的危害性信息的隐瞒所带来的危险。如果为了保护被威胁的受害人而给予的合理注意,要求治疗师去提醒受到威胁的当事人(或其他可能通知当事人危险的人),那么就没有足够的社会利益去保护并且证明隐瞒是合理的。因此,对这类危险的控制也是公众利益所在。

MOSK 法官(同意与不同意)

在这个案例中我同意的结果只有,原告声称被告治疗师的确预料到珀达会杀人,但并没有因此而进行提醒,具有疏忽过失行为……

然而,我不能同意的是多数意见,即认为当其他的从业者依照职业的标准能够预测患者的暴力行为,而治疗师却没有预料到这种危险,此时治疗师该为此负责,但是,问题在于,标准是什么? ……

……如果精神病医师的确预见到了暴力危险,那么就有了提醒的责任。大多数人对这一规则的夸大会把我们从现实世界带到仙境。

CLARK 法官(不同意)

直到今天,包括法律与医疗权威在内的多数人都赞同,保密对于心理疾病的有效治疗十分重要,要求治疗师将患者的威胁透露给潜在的受害者会极大地破坏治疗。此外,立法机构已经意识到有效的治疗必然与社会安全交织在一起,因此他们决定优先考虑有效且保密的治疗,而不是强制要求治疗师进行提醒的义务。

……

绝大多数的政策考量(overwhelming policy considerations)反对强制精神治疗师具有提醒潜在的受害者免受危险的责任。这样的责任不但对社会没有任何好处,而且会阻碍精神疾病的治疗,侵害患者的基本权利,甚至会增加暴力行为。

保密之所以重要主要有以下三个原因:

首先,保密原则没有得到确保的话,就会打消那些需要治疗的人的求助念头。

其次,对治疗信息的保密是有效治疗中引发患者敞开心扉的必要条件。

第三,即使患者完全敞开心扉,确保治疗中保密关系不被违背对于维持患者对治疗师信任(这种信任对治疗有重要影响)也是必要的。

如果保密对于精神治疗实践很重要,那么很显然,大多数人强加给治疗师的提醒责任会削弱精神治疗的效果。许多在治疗中比较敏感(有潜在暴力倾向的)的人,就可能打消继续治疗的念头;而在接受治疗的那些人则可能会对治疗所需的信息有所保留。此外,迫使精神病医师违背患者的信任,会破坏治疗关系,并因此而影响治疗效果。

通过强加给治疗师提醒的义务,大多数人可以将危险归结为由精神疾病引起的

社会暴力,并不断增加大量民事拘禁——对那些本不该被限制的人进行自由的完全剥夺。由提醒义务引起的对治疗的损害与不恰当拘禁的危险不只局限于部分患者,而是会扩展到大部分的精神疾病患者。虽然在现有的精神疾病治疗过程中,只有少部分接受治疗的患者表现出暴力危险行为,但真正实行暴力威胁的却不在少数。正是后者(不仅仅只有前者)其治疗会受到损害,被拘禁的风险也随之增加……

法律与心理治疗都承认,要确定患者潜在的暴力行为,充满了复杂性与不确定性,很难达到精确的程度。预测的不确定性意味着需要公开大量的保密信息。如前所述,治疗过程中治疗师总是鼓励患者表达自己的各种暴力想法,因此他们也的确经常会表达这类想法。然而,与法院不同的是,虽然当病人最终变得具有暴力倾向时,精神病学家完全可以"事后诸葛"地解释一番,但他们并不希望看到自己的病人变成这样。如今,面对新的责任,精神病医师必须在每次会面中都考虑患者的潜在威胁。研究者要准确预测暴力行为是有难度的,而从业中的治疗师短时期内在治疗室会见的大多是无暴力倾向的患者,这就使得预测难度倍增。如果精神病医师不对患者做出提醒或承诺的决定都是在治疗师需承担民事风险的情况下进行,那么我们可以预期大多数支持治疗师自我保护的疑虑都可以消除。

对于治疗师而言,也没有别的方法能使他们在符合公众利益的情况下保护自己。

评论:

在做出对塔拉斯夫的二次判决之后,马克斯·西格尔于1979年做出了如下的评论:

> 在法庭上,这是一个属于法律而非心理健康职业的重要日子。如果心理学家早接受了完全的、不受侵犯的保密性的观点,他或许可以保持对珀达的治疗,拯救塔蒂亚娜·塔拉斯夫的生命,那么也就不会有塔拉斯夫决议了。(p.253)

Siegel, M. (1979). Privacy, ethics, and confidentiality. *Professional Psychology*, 10, 249-258.

其他的评论家声称好的患者与临床治疗师的关系更多的是基于信任而非保密。他们认为,如果信任得以维持,即使保密原则被违背,治疗关系也可以持续。

Brosig, C. L., & Kalichman, S. C. (1992). Child abuse reporting decisions: Effects of statutory wording of reporting requirements. *Professional Psychology: Research and Pratice*, 23, 486-492;

Watson, H., & Levine, M. (1989). Psychotherapy and mandated reporting of child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 246-256;

> 在一系列的研究中,苏曼和威奈尔(Shuman & Weiner)发现,当人们被问及对治疗师——患者特权问题时,他们大多承认特权与保密原则的重要性,同时对法院提出的提醒义务也明确表示支持;但在实际行动中,当面临痛苦时,大多数人还是会寻找治疗师,向自己信任的咨询师敞开心扉而全然不顾什么州特权法。(p.482)

Shuman, D., & Foote, W. (1999). Jaffee V. Redmond's impact: Life after the Supreme Court's recognition of a psychotherapist-patient privilege. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 479-487.

回顾 Tarasoff Ⅱ之后十年中判决的案件后,米尔斯·苏利万和艾斯(Mills, Sullivan & Eth,1987)指出:

> 两个论据可以证明保密性的持续重要性。一些道德家断言,隐私和对个人信息的完全掌控是人类的天赋权利之一。对保密原则的违背是对人类尊严的侵犯,它是错误的。另外一种观点则极力认为保密之所以重要是基于对其后果的功利性的考虑……这种看法认为,违背保密性的后果超过了它可能带来的益处。(p. 69)

Mills, M. J. , Sullivan, G. , & Eth, S. (1987). Protecting third parties: A decade after Tarasoff. *American Journal of Psychiatry*, 144, 64-74.

为了说清我们的观点,我们采用功利主义的观点,以使得读者看清这种平衡何时会向支持违背保密性的观点倾斜?下面的摘录正是从这一视角出发。

对法律、心理学与公共政策的逆向关注 5

◎ 唐纳德·N.博塞夫(Donald N. Bersoff)

我完全同意克里斯·斯洛鲍金(Chris Slobogin)(Reisner, Slobogin, & Rai, 1999)的看法,即认为塔拉斯夫案的决议是一项糟糕的法律,是糟糕的社会科学和社会政策,这也是我过去25年一直坚持的看法(Bersoff, 1974)。说它是糟糕的法律,因为《侵权法重述》中从来就没有规定要保护第三方免受伤害的义务,除非一些特殊的情况与关系,而所谓的特殊情况在塔拉斯夫中并没有出现(Tarasoff v. Regents of University of California, 1976)。珀达是接受门诊治疗,但该门诊并不在医院的控制之下,也不符合非自愿拘禁的条件。其次,说它是糟糕的社会科学在于治疗师行使义务必须建立在对患者的暴力倾向进行评估的基础上。虽然麦克阿瑟的心理健康和法律研究网络项目做的许多复杂研究提高了对危险的评估水平(Monahan et al., 2001),但要对门诊患者、非精神病和非实质性的暴虐人群做出准确的评估仍然非常困难,而这部分患者在心理治疗中占大多数。第三,这种保护第三方的义务还是糟糕的社会政策。在这个案例中,一个很重要的事实并非在于受到未来暴力行为的完全威胁,而在于珀达知道他的秘密被治疗师泄露给校警之后再也不来接受治疗了。有人怀疑,如果治疗师与他的督导不是立即报警,而是在珀达出现威胁与杀人之间的两个月内对他进行治疗,那么塔拉斯夫女士可能仍活在世上。

当然,这并不是说我倡导让潜在的暴力患者不受任何约束。当暴力攻击者威胁要使用致命的暴力时,他往往就失去了受保护的权利。美国心理学会的伦理准则(APA, 1992)规定,未经同意公开保密信息仅限于保护他人免受伤害(关于伤害没有明确界定),而不是像塔拉斯夫决议中所要求的严重身体伤害这样严格的标准。一些法规的豁免保护我们免于诉讼,却很容易使我们违背对患者的忠诚,变成社会的警察力量。我认为在废除忠诚原则和单方面向第三方公开保密交流信息的原则之前,我们应该尝试所有其他可行的方法。

我在很大程度上赞成最高法院在贾菲起诉雷德蒙(Jaffee v. Redmond, 1996)案[1]

---

[1] Jaffee v. Redmond(1996),该案被告人是一位名叫雷德蒙(Mary Lu Redmond)的警官,他在执勤的时候开枪杀死了一位叫艾伦(Allen)的人。之后他曾多次(50次)去找某诊所的社会工作者贝耶(Beyer)进行咨询。艾伦的遗产继承人贾菲(Jaffee)在起诉的时候就试图利用贝耶的笔记作为证据,所以要求进行证据展示,雷德蒙认为这些咨询交谈的笔记是受精神治疗师—患者特权保护的。地区法院不同意被告的抗辩,但是雷德蒙和贝耶拒不遵从证据开示命令披露笔记。在审判的最后,法院向陪审团作出指示,认为拒不交出笔记的行为是很不恰当的,陪审团可以由此推测那些内容不利于雷德蒙。陪审团判给原告贾菲54.5万美元的赔偿,但雷德蒙上诉并成功翻案,贾菲对于撤销赔偿再度上诉。本案的焦点是,精神治疗师和患者之间的秘密交流是否受特权保护?——译者注

中的立场……其脚注中提到"我们承认在某些情况下,心理治疗师—患者的特权可以放弃……如果治疗师通过公开保密信息可以使得对患者或其他人的严重伤害的威胁得以避免的话,那么就可以"。令人振奋的是,田纳西州在1999年撒帕尔起诉杰诸卡(Thapar v. Zezulka)一案中,拒绝采用塔拉斯夫案中的强制规定,而是持更加正当合理的立场。该案意识到特权条例的法定例外——允许公开患者的秘密,但这只能是在治疗师肯定患者就要对他人造成身体伤害的时候。因此,这一规定更符合约束法律人的伦理规范。在任何情况下,我希望心理健康从业人员能够联合起来满足当事人要求保护隐私的愿望,而不是迫于社会的日益需要而去取消它。遗憾的是,APA 最新的伦理准则部分地顺从了后者的趋势。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*,1597-1611.

Bersoff, D. N. (1974). Therapists as protectors and policemen: *New roles as a result of Tarasoff. Professional Psychology*, *7*,267-273.

Jaffee v. Redmond,518 U. S. 1(1996).

Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P. C., Mulvey, E., et al. (2001). *Rethinking risk assessment.* New York: Oxford University Press.

Reisner, R., Slobogin, C., & Rai, A. (1999). *Law and the mental health system* (3rd ed.). St. Paul, MN: West Group.

Tarasoff v. Regents of University of California, 551 P.2d 334(1976).

Thapar v. Zezulka, 994 S. W. 2d 635(Tex. 1999).

评论:

作为对米尔斯(Mills)等人文章的补充,在塔拉斯夫案件之后的案例集可以参见 Fulero, S. M. (1988). Tarasoff: 10 years later. Professional Psychology: Research and Pratice, 19, 184-190。更加广泛与新近的讨论可以参见 Vande Creek, L., & Knapp, S. (2001). Tarasoff and beyond (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

文章中作者讨论了一些更引人注意的案件:(1)贝拉起诉格林森(Bellah v. Greenson), 1, 41 Col. Rptr. 92 (Cal. App. 1977)——在这一案例中,加利福尼亚州法院(但并非最高法院)认为,保护保密信息的义务不包括患者的自杀威胁;(2)佩克起诉爱迪生县咨询服务部(Peck v. Counseling Service of Addison County), 499 A. 2d 422 (Vt. 1985)——在这一案例中,一位大师级的咨询师有一个未成年患者,该患者扬言要烧毁自己父亲的仓库,这就涉及财产保护问题。为此,佛蒙特州最高法院进一步将塔拉斯夫案决议中规定的保护义务扩展到财产(或者至少当财产的损失会对个体造成危险时)保护上;(3)赫德伦起诉最高法院(Hedlund v. Superior Court), 34 Cal. 3d 995, 194 Cal. Rptr. 805(1983)一案中,加利福尼亚州最高法院认为,除了受害者因为未受到提醒保护可以提出控告外,当一个无辜的旁观者在目睹了患者实施暴力的场面之后,也可以因为无端受到牵涉并导致情绪困扰而起诉患者的治疗师。

近来有四起案件值得关注。在宾夕法尼亚州发生的就是一个典型。一个男性患者杀死了他的前女友。州最高法院遵循了塔拉斯夫案的基本精神,但也有一些曲解。在塔拉斯夫案件中,

加利福尼亚最高法院坚持治疗师应当采取包括提醒在内的任何合理的措施去保护受害者。但在宾夕法尼亚州的案例中，法院把治疗师应该采取的行为限定于只能去警告潜在的受害者。参见 Emerich v. Philadelphia Center for Human Development, 720 A. 2d 1032 (1998)。然而，在事实与法律上都与趋势相悖的案件是撒帕尔起诉杰诸卡(Thapar v. Zezulka), 994 S. W. 2d 635 (1999)一案。该案中，一个儿子杀死了他的继父。作为住院患者，这个儿子曾经向他的治疗医师传达过要杀死继父的信息，但治疗师并没有提醒过患者的任何家人。在放出威胁信息一个月后，患者杀死了他的继父。德克萨斯州最高法院依据州保密法规，认为治疗师有公开暴力威胁的酌情处理权，但并没有法定要求必须这样做。顺便提下，这一说法与律师的伦理义务是一致的，为了免遭死亡或者身体伤害，他们可以公开当事人透露的信息，但并没有要求他们必须这么做。

最近的一个重要案例也是来自加利福尼亚，就像赫德伦案一样，该案件也扩大了责任的范围。该案中，最重要的事实是，威胁并非来自患者，而是来自患者的父母。患者告诉自己的父亲他非常烦恼，因为他的前女友正和另一个男人约会，因此，他想报复这个男人。很快，父亲打电话给儿子的治疗师并将威胁信息告诉了他。治疗师将这个儿子介绍到了一家医院，但住院一天后他就出院了。结果第二天，这个儿子就杀死了前女友的现任男朋友，随后也自杀了。患者的父母为此分别对治疗师与医院提出了诉讼。治疗师认为患者在治疗过程中并没有做出需要提醒或者需要其他保护措施进行预防的威胁行为。但是，加利福尼亚州中级上诉法院认为，"患者的家庭成员与治疗师进行了沟通，意在促进对患者的治疗，在此意义上(此意义指加利福尼亚州的相关法令，在注释的后续部分将会引用与讨论)，这是一种'患者沟通'"(p. 814)：尤因起诉戈尔茨坦(Ewing v. Goldstein), 120 Cal. App. 4th 807 (2004)。那么在以后的案件中，"家属"该如何概括性定义，它是否可以延伸到私人朋友或亲近朋友范围？决议回避了这一实质性问题。

塔拉斯夫及其他类似的案件中一个主要的问题是，鼓励对预期受害者的保护就是传播严重的暴力威胁信息。但法院一直都没有澄清什么是暴力。谋杀显然是暴力，但是非致命的刺伤呢，还有一拳头打在嘴上、甩一耳光或者其他类似行为算不算暴力呢？虽然尤因一案增加了保密性被违背的可能性，但它仍具有有益的一面——它确实界定了严重暴力威胁的定义，至少在加利福尼亚州是这样做的。该案中，法院提出，除了患者涉及取他人性命的危险信息需要去提醒潜在受害者和相关执法部门外，提出伤残(使潜在的受害者身体局部丧失功能或者毁损其面貌)的威胁，或是严重身体伤害(导致意识的丧失、脑震荡、骨折或者需要大面积缝合的创伤)的威胁，也必须进行提醒。

在抗议医院的同类案件中，尤因起诉北岭医院医疗中心(Ewing v. Northridge Hospital Medical Center), 120 Cal. App. 4th 1289 (2004)中，法院再一次判决被告即治疗医生具有潜在的与父母亲沟通的责任。但是，这导致了另一个重要的问题：塔拉斯夫案件的部分决议规定，如果治疗师对于患者提出严重的暴力威胁本该知道(而不仅限于他实际确实知道)，就需要承担责任。法院认为这一决议值得商榷。因此，在解

释针对该案件颁布的法令时法院认为，只有在患者实际上的确传递了对确定受害者的暴力威胁时，如果治疗师没有提出警告，那么他才负有法律责任。然而，法院认为基于这个原则在这个问题上就无需专家证词：

> 责任的前提并不是要违背照料的标准。相反，它完全依赖于发现者的判断力即每一个实际的述词(predicate)是否得到满足，这些述词包括：心理治疗师与患者治疗关系的存在，心理治疗师的实际信念，患者表现出可能会造成严重人身伤害威胁的姿态；合理而可以认定的受害者；以及未能采取适当的的努力去提醒受害者和执法机构。(p. 1302)

对这些案件的重要讨论参见 Eisner, D. A. (2006). From Tarasoff to Ewing: Expansion of the duty to warm. *American Journal of Forensic Psychology*, 24, 45-55; Yufik, A. (2005). Revisiting the Tarasoff decision: Risk assessment and liability in clinical and forensic practice. *American Journal of Forensic Psychology*, *23*, 5-21.

或许这些案例中所体现的保密性原则的道德价值退化问题，会由于美国最高法院在贾菲起诉雷德蒙(518 U. S. 1, 1996)一案的7—2 决议而有所减弱。裁定联邦诉讼规则的证词要求认可联邦案件中心理治疗师——患者的特权(50 个州都有相应的州法律以不同的形式规定了这类特权)，为此，最高法院通常都强力支持忠诚性和保密性原则：

> 有效的心理治疗有赖于一种信任和信赖的氛围。在这种氛围中患者愿意完全袒露真相、情感、记忆和恐惧……仅仅是公开保密信息的可能性都会阻碍成功治疗所必需的信任关系的发展。

最高法院既没有准备界定特权的界限也没有设置例外。但在多数意见末尾的脚注指出了可能会影响心理治疗师和其他专业人员处理保护责任案例的方式："我们毫无置疑在有些情况下必须放弃特权，例如，在某些情况下只有当治疗师公开保密信息，才能够避免伤及患者或严重威胁其他人"(p. 18)。那么这会扩大还是缩小类似塔拉斯夫案例重的责任概念呢？回答这个问题时读者应该考虑到脚注中"只有"这个词的作用。

对于贾菲案例意义的见解以及它对实践的影响参见如下文章：

DeBell, C., & Jones, R. D. (1997). Privileged communication at last? An overview of Jaffee v. Redmond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 559-566.

Glosoff, H. L, Herlihy, S. B, Herlihy, B, & Spence, E. B. (1997). Privileged communication in the psychologist-clinician relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 573-581.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (1997). Jafee v. Redmond: The supreme Court recognizes a psychotherapist-patient privilege in federal courts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 567-572.

Shuman, D., & Foote, W. (1999). Jaffee v. Redmond impact: Life after the Supreme Court recognition of a psychotherapist-patient privilege. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 479-487.

在调查贾菲一案的实际影响中，调查者给参与者呈现了一些情境，其中的患者包括想自杀的、严重伤残、身体受虐和性虐待，还有一名开枪打死嫌疑人的警官(其实就是贾菲案中的被告)，这些患者有的是在沟通特权法条件下接受治疗，而有的则是在无特权的条件下接受治疗。要求参与者就此做出判断，

结果大多数参与者认为在特许保密条件下，当治疗师承诺保密时，他们更可能公开相关的信息（Marsh J E,2003）。这一研究支持美国最高法院对心理治疗师—患者特权的保护（Ethicas & Behavior,13,385-400）。

阿佩尔鲍姆和罗森鲍姆（Appelbaum and Rosenbaum,1989）提出一个有趣的问题，即何种情况下，研究者该阻止由自己的研究对象所引发的暴力？例如，如果临床研究者发现一个患者隐藏着想杀死前配偶的疯狂念头时该怎么办？他们认为，“没有接受临床治疗训练的社会心理学家和实验心理学家不应该被要求去承担保护的责任……”。但是，他们同时又提到，如果是无临床经验的研究者主持一个项目，而临床研究者作为其中的数据收集者时，那又该怎么办？项目主持者和数据收集者又各自应该承担什么责任呢？

数据收集的性质已经超出了研究者的专业标准。阿佩尔鲍姆和罗森鲍姆声称，研究项目“使用多样化临床指标或非结构性访谈……就其与医疗设置的比较来看，前者更易受保护责任的影响”。第三个问题或许与参与者的性质有关。如果所研究的人群有被动—依赖人格的人，也有虐待儿童者和匪徒，那么他们的责任是否不同？阿佩尔鲍姆和罗森鲍姆认为，特定的人群应该受到以下保护：

> 为了便于研究某些敏感话题，特别是药物滥用问题，美国国会已经允许卫生与人类健康服务部部长颁布保密性证书……该文件授权研究者禁止将被试的“名字或其他的身份特征”透露给“联邦、州或地方民事、刑事、行政、立法机构或其他诉讼程序”，以此来保护被试的隐私（42 U. S. C. 242[a]）。卫生与人类健康服务部指出这一法令意味着持有该证书的研究者可以免除向地方或州报告的要求……该证书适用于“从事心理健康研究的人，包括研究酒精和精神药物滥用及影响的研究者”。上述这些人员可以向卫生与人类健康服务部申请证书。（“Protection of Identity—Research Subjects”[42C. F. R. Part 2a]（p. 890））。

Appelbaum, P. S. & Rosenbaum, A. (1989). Tarasoff and the researcher: Does the duty to protect apply in the research setting? *American Psychologist*, 44, 885-894.

加利福尼亚颁布了一条非常有用的法令，即在某些情况下具有诉讼豁免权：

（1）除非患者曾经向治疗师透露会对某个相当确定的受害者施加严重暴力威胁的信息，否则，治疗师都不必因未能预测、提醒和阻止患者的暴力行为而承担财产上的赔偿责任，任何人不得对之提出任何诉讼。

（2）如果治疗师具有提醒和保护的责任……这种责任在治疗师尽力去向受害者和执法机关传达威胁信息时就可以卸下（California Civil Code Sec. 43.92）。

赋予心理治疗师豁免权，是否会使得他们更容易违反保密性原则？米尔斯等人（1987）认为在治疗潜在的暴力患者时，法律限制了治疗师使用临床干预这一技能，你是否赞同这一观点？毕竟，塔拉斯夫一案只是与保护责任有关的案例，从理论上说，允许治疗师有更多的选择，而不仅仅是告知潜在受害者和有关当局。其中治疗师的一个选择就是根据民法对患者进行拘禁。在塔拉斯夫案例的影响下，虽然许多案例中

治疗师可能履行了自己的法律义务，但是非自愿住院治疗仍有它自己的缺点。第一，剥夺患者抗议的自由可能会损害治疗关系；第二，民事拘禁必然会违反保密性原则；第三，拘禁通常要求不仅治疗师要发现患者对自己和他人具有潜在危险，而且患者还必须具有严重的心理疾病。许多门诊治疗患者可能并不适合这个标准；而另一方面，自愿入院的患者往往超出这些标准。

其他的选择包括：(1)在治疗中涉及潜在的受害者(尽管这很可能会要求潜在的受害者在某种程度上与患者联系密切)；(2)利用社会环境，例如，确保患者远离致命武器；(3)要求患者服用精神药物，如果他或她已经接受药物治疗，那么为其增加剂量；(4)当得到患者的许可得以联系潜在的受害者时，我们的建议是，避免在不自觉中透露保密交流的信息。加利福尼亚州行使豁免权法令之后，其他一些州也开始相继执行，那么法院是如何来解释在这些州颁布的豁免权呢？相关论述参见 Kachigian, C., Felthous, A. R. (2004). Court responses to Tarasoff statutes. *Journal of the American Academy of Psychiatry & Law*, *32*, *263-273*. 在文章最后，作者认为"即使在一些州有塔拉斯夫法令，但在考虑公开可能的保密信息时，治疗师必须凭借自己的临床和伦理判断，而不是根据相关法令规定"(p. 263)。以下是一些对治疗师来说很有用的建议。

治疗师在塔拉斯夫法中的责任限制：风险控制的准则

6

⊙ 约翰·莫那汉(John Monahan)

……

风险评估

有四个任务构成了专业、恰当的风险评估的基础:临床治疗师必须学会判断需要收集什么样的与风险有关的信息,学会收集和运用这类信息去评估风险。而且,如果临床治疗师并非最终的决策者,那么他还必须学会将这些信息和评估结果传达给那些负责临床决策判断的人。

教育

成为“专业”人士的要素是具备一般大众所没有的“专业知识”。在这种情况下,专业知识包括一般意义的精神障碍知识(比如评估、诊断和治疗)和特殊的风险评估知识。另外,专业人士应该精通司法法规,以便在做出一个积极的风险评估后知道接下去应采取哪个步骤。

临床教育　精通风险评估的一些基本概念(例如,预测和标准变量、正确和错误、积极和消极、决策规则和基础比率等)和风险评估研究的一些重要发现(例如,过去的暴力行为是将来暴力行为的一个最好的预测),已经逐渐成为心理学、精神病学和社会工作等领域的研究生教育的一个重要方面……

对风险评估领域中的基本概念和经典发现囫囵吞枣地学习一遍,就想一劳永逸是不可能的。风险评估的研究成果随着时间的推移而不断发展和修正,其专业实践的常规也变得更为复杂。由专业或民间组织通过正规程序资助的继续教育,是一条保持该领域不断发展的途径。定期阅读一些独创性的研究杂志(例如,Law and Human Behavior, Behaioral Sciences and the Law, the International Journal of Law and Psychiatry)则是另一条途径。

法制教育　临床治疗师判断风险所采取的标准,很大程度上由州法律设定。在过去,这些标准通常是由法官阐明的,他们将普通法中的民事侵权原则运用于临床风险评估。这在塔拉斯夫案件和其他州的类似案件中都有发生。之后渐渐地,在专业心理卫生组织的强烈说服下,州议会才通过法令为这一特殊领域制定有关责任和

豁免权的标准(Appelbaum,Zonana,Bonnie, & Roth,1989)。但是,这些法令仍需要大量的裁定以解释那些不可避免的模棱两可的专业术语(例如,怎样才算是“严重的威胁”或“适当的和可确认的受害者”,加利福尼亚1990年的法令)。问题的重点是,没有什么国家法律标准告诉临床治疗师,当他们评估风险时应该怎么做,或是临床治疗师在他们自己的权限内应准确地知道什么样的法律标准是涉及预防暴力的。国家心理卫生组织应该有这方面现成的信息。

信息

一般来说,一旦一个临床治疗师知道什么信息可能与风险评估有关,那么他或她就必须努力在给定的案子中收集这些信息。我所了解的与塔拉斯夫案类似的大部分案子中,临床治疗师并非因为不能做出准确的预测遭到指责,而是因为未能准确地收集一些可以合理预测可能性的信息。一般相关的信息可以通过四种资料来源而获得:在过去的治疗记录中,或是在当前的治疗记录中,来自于与患者的面谈,或是来自与重要他人的面谈。在一些犯罪情境中(如评估是否适合假释或精神病院的拘禁),以警察报告和缓刑报告、逮捕的记录和审判记录表格存在的额外记录是可以加以利用的,且应该拿来参考。但是在民事情境中,临床治疗师不能利用这些记录。

过去的记录 在一个我接触过的案子中,辩护律师所谓的“注定无情”(“**born dead**”)是指那些有着长期的早年暴力史的患者,其暴力史被详尽地记录在可合理使用的治疗记录中,但这些记录从未被外界索要过。在这类案例中,如果治疗师曾经看过这些记录,并采取相应的预防措施,那么法院可能会要求他或她在证人席上作证。

……总要有一个度以确保采取合理的措施去获得过去的治疗记录。我知道在这个问题上没有标准的操作程序。“记录”并不一定意味着整个医疗档案,出院的小结也许就够了。与其他患者相比,应该更优先索取那些因暴力事件住院或在医院表现出暴力倾向的患者的治疗记录。当然,相较于短期治疗,在长期住院的情况下,将有更多机会获得来自遥远地方机构的记录(这种获取记录的机会目前也同样适用于那些进行重复短期治疗的住院患者)。

目前的记录 当对住院的患者进行风险判断时,查看患者目前的住院记录是至关重要的。让我感到迷惑的是,临床治疗师是这么频繁地阅读这些记录,就好像它是牙医等候室里的一本杂志。特别是,护理记录中随时可见的暴力行为和恐吓往往也被掩饰了。然而,我曾经看到过原告的律师在法庭上呈现的证物——护理记录已被放大到8英尺×4英尺大小的页面。其中的陈述包括诸如“今晚无缘无故攻击其他几个患者”和“患者威胁一旦获释就要杀死配偶”等内容。这些证物显然会引起陪审团的注意。

询问患者 直接地询问患者关于暴力行为和可能的暴力行为的线索(例如,因为“对别人造成危险”而被捕或住院)肯定是最简单、最快速地获得重要信息的方法。开放性的问题,如“你曾经做过的最暴力的事情是什么?”“什么事情使你曾经最接近暴力?”或“你是否曾经担心过会伤害别人的身体?”这些或许是有用的调查。但是,很明显的一个问题是,患者也许会撒谎或歪曲他们的历史(或目前的想法)。

这始终是有可能的,但往往我们可以根据治疗记录(上述提及)或是从重要他人那里获得的信息(下面会提及)加以证明。然而,患者常常非常关注即将到来的暴力。虽然也许有理由可以怀疑在某特定案例中患者的消极答案,但其积极的答案也应该被推崇。除非问题对患者来说是冒险的,否则无法获得具有潜在风险价值的信息。

重要他人的调查 记录经常无法轻易获取,而且患者有时传递的信息也不太可靠。然而,重要他人(通常指家庭成员)的信息在患者住院的情况下是可以获取的,可以直接询问本人(陪同患者去治疗或在患者治疗后去看患者)或是至少可以通过电话与之联系。询问重要他人关于患者的一些信息,如过去或当前导致患者住院的相关暴力行为或暴力威胁,也可以使用开放性问题,例如"你担心 X 会伤害其他人吗",并提出适当的问题以便他们表达关心之情,这些都可能会产生有用的信息。

……

交流

当治疗师在进行心理治疗的个人实践时,他既收集关于风险的信息,同时也要根据这些信息做出决策。但是在门诊治疗机构和精神病医院,经常出现这样的分工:一个负责接待,另一个负责看护患者,一支由几个专业人员组成的小组可能会提供大量的评估和治疗方式。这样,其中有一个人正式负责做决策或是同意实行某项决策。虽然这种分工可能会有效利用资源,但它同时也出现了一个在单独执业背景下不存在的问题:信息从一个心理健康从业人员到另一个从业人员之间的相互传递。这里,信息必须在两个或多个临床治疗师之间传递,而重要的信息还必须特别告诉那个做最后决定的负责人。

把所有相关资料都记在记录纸上,当然是治疗师之间传递信息的主要方式。只要制定制度或实施决策的那个负责人看了整个记录,那么这些信息就可以传递给需要知道它的人。

但是,在实际的专业实践中,信息并不总是简单地通过记录就可以有效地传递。最终决策者可能是一个饱受困扰的高层工作人员,他往往只依据简要的出院小结就做出决策,因此他的签名往往对于工作人员来说只是一种形式上认可的建议。或许由于记录表中大量的资料,包括许多过去住院治疗的资料,逐字阅读容量太大了,所以没有一个最终决策者是逐字阅读的。

只是占据这些记录文件并不足以让最终的决策制定者立即发表对自己未来得及消化的信息的看法,或是由此决定由他或她来承担责任风险。与风险有关的信息最好应该明确地标出……以引起决策者的注意。只有通过突出信息才可以确保决策者选择去利用它。

从决策者的角度来看,信息超载的影响也同样明显。当由他人准备的交流信息或出院小结,对于风险没有明确提出积极或消极参考意见时,决策者应该直接询问记录表中什么信息与风险有关,并将其记录下来。

风险管理

……

计划

选择一个计划 当认定某一患者为高风险时,重要的是要明确考虑预防措施。这类措施通常可以分为三类(Appelbaum,1985,p. 426)。根据关于预防犯罪的文献,第一类可称为剥夺资格,即把患者送入医院治疗(自愿或非自愿)来减少其在社会犯罪的机会,抑或如果发生预期的医院暴力,可以通过把患者转移到更安全的病房直至其风险程度降低。第二类可称为目标强化,即提醒可确定的潜在受害者,让他们可以采取预防措施。最后一类可称为强化治疗,其中,依然保持门诊治疗,但疗程安排会更加频繁,并开始进行或增加药物治疗,或是召开由患者、暴力行为事件中相关的重要他人参加的联合会议,其中可能包括潜在的受害者(Wexler,1981)。可能还有一些更有创意的选择(Dietz,1900)。

这里的问题不在于临床治疗师是否必须采取这些暴力预防措施作为风险管理计划的一部分,而在于他是否自觉地考虑这些选择,并做出是否采纳其中之一的理性而合理的决定。如果接下来采取预防暴力的手段被认为是合理的,那么即使伤害发生了,临床治疗师也不应该被追究法律责任。

他人意见 从侵权责任方面来说,选择一个风险管理计划带来的问题是,因为计划不起作用(否则就不会有诉讼),原告往往会把另一个心理健康从业人员当作专家证人,并事后诸葛亮地指出,任何有能力的临床治疗师都会知道这项计划是有缺陷的。一个案子中越是精心思考预防措施,原告要找到一个可以坦诚地提出索赔的可靠证人就越难。

临床治疗师可以在风险决策之前与有经验的同事探讨一些复杂案例,借此使自己避免陷入自作聪明的事后诸葛的困境中(Rachlin & Schwartz,1986)。采取他人意见有两个好处。首先,临床治疗师能了解一些东西:一起探讨的同事并不认为你预先考虑的行动是合理的,即已经错过一个关键的风险或保护风险的因素,或是对某些方面反应过度——人都是有盲点的,抑或是计划采取的行动方案可能是合理的,但同事可能有更多有创造性的建议。

与他人协商的第二个好处在于这是一个具体的方式,它以具体的形式证明了临床治疗师认真处理案例,并考虑了各种预防暴力的备选方法。如果商谈的对象是一个资深的临床治疗师……那么即使在“任何人”都知道风险管理被忽视时,要提出索赔也会更加困难。

与他人协商也有两个显著的弊端。第一就是,对于一些复杂的案子,需要花一定的时间与同事熟悉这个案子,并详细讨论相应的策略。然而,在大量的繁忙事务中,治疗师可能只有少量的时间做一个初步的决定,更不用说还要花大量的时间与其他人一起回顾这个决定。第二个弊端就是如果患者表现出暴力行为,那么治疗师可能会要求与之协商的顾问承担潜在的责任(虽然我强调,我知道的案例中没有一个被选中的顾问在与患者未曾谋面的情况下却被要求承担共同的责任)。也许与

人协商的最公正的方式是,在案例会议或病例探讨中,让每个临床治疗师都谈及一个复杂的案例,当协商的案例中出现潜在的责任时,能够与其他同事广泛地交流。

遵守

毫无疑问,我曾经作为专家证人的案子中,最大的一个例子莫过于患者不服从治疗后照顾的建议。典型的案子中,患者急性发作时,具有严重的暴力行为,他需要在精神病院进行治疗,直到不正常行为得以控制后才可以出院,但出院之前治疗师会建议他们之后要持续进行门诊治疗。虽然患者按照约定来了,次数也不多,而后完全停止治疗。医院的工作人员没有一个会打电话查明到底出了什么问题,或是去评估患者的现状。患者在过去的几个星期或几个月里并未发作,但一旦急性发作就会杀人。而如果治疗师知道患者有长期不配合治疗的历史(尤其是精神医治),以及根据以往记录可以知道当停止药物后患者的行为就会不正常,这种不正常行为之后会演变成暴力,那么还出现这种情况就更是过分了。这种情况下,陪审团无需花费太长的时间去推论,就可以认定临床治疗师或医院可以(而且应该)通过继续追查患者漏掉的治疗约定和没有坚持的治疗,以此避免这类悲剧出现。

我知道很多心理健康机构人员不足。仅有的这些人员光是查看接受治疗后照顾的那部分患者就已经够难的,更不用说去追查出那些没有露面的患者。此外,除非先前患者认可民事拘禁(或门诊患者拘禁)的标准,不然可能没有临床治疗师能合法地强迫患者遵守治疗建议(Meichenbaum & Turk,1987,for an excellent account of adherence enhancement)。然而,在面对法庭前排坐着的患者的孩子那无辜的眼睛时,要说服陪审团相信治疗师没有必要煞费苦心地去劝说患者服从治疗,这是很难的(Klein,1986)。

记　录

如果认为没有被记录的侵权案子是不存在的,这多少有点夸张,但事实上却并不夸张。

会引起诉讼的暴力事件,可能在患者最后一次露面的数周或数月之后发生。从暴力事件出现,到受理、审判到最后的结案大约需要经历数年。在这期间,记忆逐渐褪色,或是由于这期间接见了大量的患者,记忆也会重新建构。来自电话访问的记录、对患者或家属关于暴力的询问、与同事所交流的信息或是之前所做的精心选择,都不可能完整地从记忆中提取,即使提取出来也已经是面目全非了。陪审团对于那些人们自己感兴趣却大量遗忘的陈述会表现相当的怀疑。“既然你做了,你当时为什么不写下来?”他们会这样问。“我当时太忙了!”——这不是一个令人信服的辩解。如果治疗师对于自己曾提醒患者的家属(他或她)处于危险之中,但是并没有记录下来,那么当家庭成员死于患者的暴力或是原告对治疗师提出诉讼时,这种未记录的提醒是没有用的。从预防暴力的角度来看,不管是否做了记录,采纳和交流信息、提出和监控风险管理计划这些步骤都经历了;而从负更少责任的角度来看,就没有必要涉及那么多步骤,除非这些步骤白纸黑字地记录下来,或是已保存在磁盘中(抑或是用录像拍摄下来;Poythress,1990,1991)。

收集记录信息和提出诉讼，或是“建立记录”，是一项重要的暴露限制技术。在记录与风险有关的信息时，例如，患者的家属提到患者有暴力威胁倾向，这时治疗师要注意三个因素：信息的来源（如家庭成员的名字）、信息的内容（如威胁的特性或环境），以及获得或交流信息的日期。另外，在进一步采取措施以减少风险计划（如，是否对患者进行拘禁，是否提醒潜在的受害者）时，必须包括一项声明，即使很简短也是必要的，它是采取措施的原因。记录纸上的注释或出院时简短的小结，如“6 月 21 日打电话给患者的母亲，她说她并不认为患者会造成严重的威胁，而且患者在过去总是遵从治疗”——这是在证明自己尽心尽力去留意风险时的无价之宝。

方　案

治疗师思考与风险评估和风险管理有关的复杂问题，并不是在患者出现威胁或是缺席后续的治疗预约时才开始的。因此，一般的方案选择在某个案子需要之前就应该制定好或考虑清楚。这类方案或方针应落实到书面上，同时让经验丰富的临床治疗师或律师来审核。实施方案的人员应该接受相关培训，并接受定期的审核。最后，应该根据方案陈述来修订形式，以促使对措施的记录。

书面准则

以书面形式记录“风险政策”有几个好处（Bennett, Bryant, VandenBos, & Greenwood, 1990）。从预防暴力和减少责任两个角度来看，它能够促使思维更加清晰，从而有利于制定有效的程序。从机构情境的角度来看，它可以确保应用程序的一致性，从而使工作人员不会采取分歧的行动（如“我认为提醒患者的家庭成员是你的责任”）。而且对于新手治疗师或新加入的治疗师而言，这种方法也有助于他们在应对潜在的暴力患者时，能够更迅速地达到熟练水平。这些准则应定期（例如每年一次）进行审查，并根据研究、实践或州法律的发展进行修订。

在这里，最为重要的一点是，这些准则应反映所必需的专业实践能力的最低标准，而不是机构（如果机构具有丰富的资源时）所追求的那种完美境地……

外部审查

应该让经验丰富的治疗师来起草风险政策，但这个政策草案应该让其他相应机构的治疗师审核（Poythress, 1987）。正如对复杂案子的定期商议那样……政策会议在这有两个目的：它有利于起草政策的治疗师学习其他治疗师的丰富经验，并因此能实质性地提高制定程序的质量。如果在之后的侵权案子中有人抨击政策的合理性问题，治疗师只要指出在诉讼之前他们已经咨询了许多相关专业机构的意见，这样就会有所帮助。在起草示范准则时，州和当地专业机构在这一领域中发挥有效的领导作用……除了由外部医生审查外，由机构专职法律顾问或聘用的律师进行审核也同样重要，这样才能确保政策在法令和案例法律的管辖范围之内。

员工的培训和对准则的遵守

起草样例准则，并根据临床经验和法律进行审核并不断调整，但如果这些准则

只是束之高阁或是仅出现在员工手册中却从未被翻阅过,那么只会适得其反。也即,如果制定了准则却不遵守,那么还不如不要制定的好……

一旦员工已经接受培训,学习如何使用准则,那么他们的遵守就应该成为定期"审计"的对象。资深的同事……应该审核相关的文件以便确保员工在实践中遵从了准则的要求,例如,是否根据要求进行记录,是否进行信息交流,是否所有的措施都形成了相应的文件。接着才可以采取正确的措施,包括对无法实行的政策进行修订。

实用表格

创建用户表格来记录政策准则所要求的措施,这样可以同时记录基本的问题与答案。我在许多案子中见过,由治疗师保留的关于报告的记录,对于摄入性问题列表只是简单地记下"没有"这样的答案,甚至包括一些"暴力史"与"暴力想法"等项目也是记录这样的答案。应该增加一些条目,这样可以包含更多与风险政策有关的陈述,例如可以采用填空题,"根据________的要求进行记录"、"与 ________交流了所关注的事件"和"试着由________跟进后续工作",这样的陈述对于预防暴力和暴露限制等方面都将非常有用。对于必要信息的收集,采取合适的措施,以及对这些信息和措施的记录,表格所起的作用应该是促进而不是妨碍……

损害控制

风险评估和风险管理包含概率判断。从定义来看,这类判断有时可能出错——并非错误意义上的出错,而是在发生小概率事件的意义上的出错……在成为心理健康从业人员的过程中,患者杀死或严重伤害另一个人是一项重大的生活事件。让我感到吃惊的是,治疗师碰到这类事往往非常恐慌,而且会采取一些非常不明智、不道德、有时甚至是非法的措施。迫于患者的暴力压力及对承担责任的恐惧,适应不良的治疗师通常会做出两种最为普遍的反应:篡改记录和作出可导致罪的公开言论。

篡改记录

在几个我曾出任专家证人的案子中,有一个临床治疗师从媒体了解到自己的患者具有暴力行为,在此后不久,他通过在患者的记录表中加入新材料来支持自己所做决定的合理性。据我所知,在每一案件中,新材料都属实。治疗师对于发生的事件没有说谎,例如,询问家庭成员关于患者的暴力历史,打算跟进错过的病后照顾。但他们在这些记录事件的日期上撒谎:整个事件的发生日期都往后推了,使得看起来这些事件好像是在暴力行为发生之前就已经被记录了……

如果没有被起诉,那么我们可以说这些记录还未构成证据,因此篡改它不是非法的。但是,一旦被起诉,那么篡改记录就会构成妨碍司法公正。如果要求临床医师宣誓保证记录(记录的日期是记录的一部分)是准确的,治疗师作了肯定作证,如果之后记录日期作假被查出,那么治疗师就犯有伪证罪,属于刑事犯罪。

篡改记录的最可能的后果……是彻底摧毁了可能赢得案子的机会……因此,最好的做法是承认你没有保存良好的记录,并希望当你告诉陪审团所发生的事情时,

他们能相信。而不是在事件发生后付出自己的正直和信用的代价去伪造良好的记录……

参考文献

Appelbaum, P. (1985). Tarasoff and the clinician: Problems in fulfilling the duty to protect. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 425-429.

Appelbaum, P., Zonana, H., Bonnie, R., & Roth, L. (1989). Statutory approaches to limiting psychiatrist's liability for their patients' violent acts. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 821-828.

Bennett, B., Bryant, B., VandenBos, G., & Greenwood, A. (1990). *Professional liability and risk management*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dietz, P. (1990). *Defenses against dangerous people when arrest and commitment fail. In R. Simon (Ed), Review of clinical psychiatry and the law (Vol.* 1, *pp. 205-219*). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Klein, J. (1986). The professional liability crisis: An interview with Joel Klein. *Hospital and Community Psychiatry*, *37*, 1012-1016.

Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.

Poythress, N. (1987). Avoiding negligent release: A risk-management strategy. *Hospital and Community psychiatry*, *38*, 1051-1052.

Poythress, N. (1990). Avoiding negligent release: Contemporary clinical and risk management strategies. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 994-997.

Poythress, N. (1991). [Letter]. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 691-692.

Rachlin, S., & Schwartz, H. (1986). Unforeseeable liability for patients' violent acts. *Hospital and Community psychiatry*, *37*, 725-731.

Tarasoff v. Regents of the University of California, 131 Cal. Rptr. 14, 551 P. 2d 334(1976).

评论:

风险评估的最新研究见 Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., et al. (2001). New York: Oxford University Press。

对危险患者的门诊心理治疗：治疗决策模型 7

⊙ 德里克·特鲁斯科特,杰米·伊万斯和斯埃拉·曼瑟尔
(Derek Truscott,Jim Evans,and Sheila Mansell)

……

干预选择

当在门诊心理治疗中患者存在潜在暴力问题时,治疗师很少有时间去考虑高尚的职业伦理、法律责任、诊断以及其他问题。我们用一个2(暴力风险:高、低)×2(联盟力量:强、弱)的四分表来描述危险的患者,每个细格代表一类患者。治疗师根据不同情况选择不同的干预治疗以增强治疗联盟力量,并减少暴力风险(Botkin和Nietzel,1987;Monahan,1993),最终使患者从其他细格状态转移到右下角的"低暴力风险、强联盟力量"的状态。具体见图1。

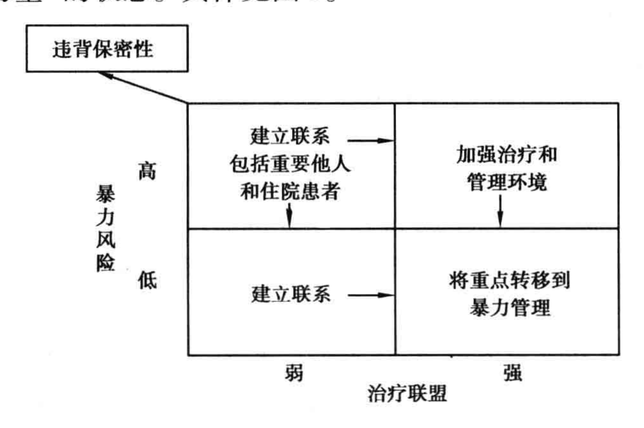


图1 危险患者的决策制定模型

我们认为,治疗时综合考虑暴力风险和治疗联盟力量的情况,对于有效地治疗患者和保护那些可能发生危险的患者都是至关重要的。治疗师应尽可能地增强治疗联盟力量,因为这是所有的治疗干预方案的根基所在(Whiston & Sexton,1993);而且,如果治疗师仅仅着力于阻止患者当下的暴力倾向而不关注治疗联盟,那么就可能激怒患者,从而提高暴力风险,同时也阻碍了患者寻求进一步的心理治疗以应对患者可能产生的暴力冲动(Weinstock,1998)。如果暴力风险较低,那么患者应尽力增强联盟力量,并将治疗的重点转向具体而有针对性地治疗那些暴力行为。

……

案例分析

下列的案例主要阐明如何应用上述模型来治疗具有高暴力行为风险的患者。

……

高风险,强联盟→低风险,强联盟

如果暴力的风险高,治疗联盟是强有力的,此时应加强治疗,并利用治疗联盟力量来帮助患者使其环境变得更不易诱发攻击性,从而帮助患者控制自身的暴力行为(Roth & Meisel,1977;Wulsin,Bursztajn & Guthil,1983)。莫纳汉(Monahan,1993)提出,可以通过以下方式来实现这一目标,即将治疗会诊安排得更频繁些,使用(或增加)药物治疗,清除武器;或是举行由患者和(与患者出现暴力行为有关的)重要他人共同参与的联席会议。

案例 1[略]

……

高风险,弱联盟→低风险,强联盟

当患者处在高暴力风险和薄弱的治疗联盟的情况下,治疗师应努力加强联盟关系。如果尚未建立起患者与治疗师的"联合",那么治疗师应尽力营造一种亲切的、自由宽松的氛围,并防止以不友好的或试图控制治疗环境的态度来进行干预治疗(Henry & Strupp,1994)。如果治疗联盟已经建立,并在当时条件下得到增强,那么治疗师就应当开始探讨和界定患者对"联盟"的意识程度,不带审判色彩地倾听、确认任何可能存在的知觉错误,对治疗双方的关系作适时的必要调整(Safran,Muran & Samstag,1994)。治疗师在治疗过程中可能会感受到一些较强烈的反应,这时他(或她)应该用这些反应来进一步理解患者,并帮助患者理解这种由他们所引发的别人身上的反应(Gelso & Carter,1994)。与此同时,治疗师应与患者一起致力于改变那些可能导致暴力行为延续或改善患者生活的物理环境和人际关系。

案例 2

在缺席了多次治疗会晤后,V 先生请求了一次计划外的会晤……在这次额外的会晤请求之后的一个半星期后(共 4 次会晤),一个周五的下午,V 先生出现了,他显得极度沮丧和愤怒。他在办公室里来回踱步,他说他妻子搬走了家里所有的东西,包括他自己的衣物和房里所有的家具。V 先生说他昨晚想自杀,但现在他想杀了自己的妻子。

对于治疗师来说,此时的关键在于加强治疗"联盟",治疗师通过调整他的日程表以多出 2 个多小时的时间,在不做任何评判的氛围下让 V 先生有充分的时间发泄自己的情绪。通过讨论患者的计划和备选计划的合理性,以及如何减少其他压力源等,使得暴力风险得以探讨,而且治疗师与患者的关系也得以进一步加强。为了进一步加强联盟,也为了寻找机会以降低暴力风险,治疗师给了 V 先生电话号码并与

他预约了下个星期一的会面。

星期一,V 先生告诉治疗师自己的情绪稳定了,并决定断绝与妻子的一切关系。在接下来的两个月内,他参加了两次以上的治疗。之后他提出不希望进行任何进一步的治疗。一年半后,他告诉治疗师自己过得很好,而且没有伤害前妻和现在的妻子。

高风险,弱联盟→低风险,弱联盟

如果该联盟无法得到加强,那么就应当消除或尽量减少导致暴力的因素,以便降低风险。这种风险的减少往往涉及重要他人,如患者的家属或可能是预防措施的警察。然而,对潜在受害者的提醒不应该在这个阶段出现。因为如果暴力得以预防,那么提醒可能会导致潜在受害者产生不必要的情绪困扰,同时这种心理伤害甚至可能构成起诉治疗师的根据(Lewis,1986)。应该告诉患者保密原则的局限性,以及将采取的步骤。同时,也应该考虑民事诉讼的程序(即使对于患者是否符合诉讼标准还存在疑问),最好是在患者自愿的基础上。在这种情况下,治疗师才可以确保之后对患者的罪状承担责任。

案例 3 [略]

……

高风险,弱联盟→违反保密性

只有当治疗联盟的加强不足以实行降低暴力风险等干预,或是无法最为快速地让患者进行住院治疗时,治疗师才可以去提醒潜在的受害者(或其家人)和警察,即使可能受到患者的非法报复也应该去提醒(Everlerin,1980)。一旦保密原则遭破坏,患者会失去对治疗师的信任(通常可能发生在治疗过程中),并且会失去进一步治疗的可能性。理想的情况应该是在患者允许的情况下去提醒受害人(们)或者通知警方,从而避免任何对保密性的违反(Fulero,1988)和出现不信任现象(Slovenko,1975)。当涉及到第三方时,只有在必须阻止可预见的暴力行为时,保密信息才可以被公开。

案例 4

M 先生打电话给接待员,要求和治疗师交谈。电话转接给治疗师后,他提到自己已经送妻子和孩子到避难所,因为他的房子被抢劫了,而在他向工人赔偿局提出赔偿要求时,负责的工作人员的态度令他非常不满。于是他下了最后通牒,他要得到他所需的那笔钱,“否则”,随后他终止了电话。

当天晚些时候,M 先生再次打来了电话。治疗师告诉他已经帮他找到了最能帮他的人。但 M 先生却说,除了治疗师外,其他人他一概不见,还要求与治疗师进行面对面的交流。治疗师安排了会面时间后通话结束。一个小时后他又再次打电话来,并询问事情进展如何。这次,他更加不满,而且情绪非常低落,对于治疗师的安排计划非常不耐烦。随后,他间接表示会对处理他案件的工作人员进行威胁,并挂断了电话。15 分钟后,他又一次打来电话,这次更加情绪化,他说他要把处理他案件的那个工作人员干掉,说完就挂断电话。

M 先生的威胁被认为是非同小可的。关于他的暴力史,除了他曾经对家人有暴

力行为外，其他的一无所知。而他知道锁定的受害者工作的地方，但对于他获得武器的途径却是未知的。他似乎非常激动，认为那个工作人员是他的问题来源。在这个薄弱治疗的联盟下，努力劝说对他似乎是无效的。

治疗师不仅通知了警方，也提醒了那个工作人员。M 先生被逮捕了。经过两次法庭审讯后，他最终承担对导致死亡或人身伤害构成威胁的刑事罪。

参考文献

Botkin, D. J., & Nietzel, M. T. (1987). How therapists manage potentially dangerous clients: Toward a standard of care for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *18*, 84-85.

Eberlein, L. (1980). Legal duty and confidentiality of psychologists: Tarasoff and Haines. *Canadian Psychology*, *21*, 49-58.

Fulero, S. M. (1988). *Tarasoff*: 10 years later. *Professional Psychology*, *19*, 184-190.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy ralationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *41*, 296-306.

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.

Lewis, M. B. (1986). Duty to warn versus duty to maintain confidentiality: Conflicting demands on mental health professionals. *Suffolk University Law Review*, *20*, 579-615.

Monahan, J. (1993). Limiting therapist exposure to *Tarasoff* liability: Guidelines for risk containment. *American Psychologist*, *48*, 242-250.

Roth, L. H., & Meisel, A. (1977). Dangerousness, confidentiality, and the duty to warn. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 508-511.

Safran, J, D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York: Wiley.

Slovenko, R. (1975). Psychotherapy and confidentiality. *Cleveland State Law Review*, *24*, 375-391.

Weinstock, R. (1988). Confidentiality and the new duty to protect: The therapist's dilemma. *Hospital and Community Psychiatry*, *39*, 607-609.

Whiston, S. C., & Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 43-51.

Wulsin, L. R., Bursztajn, H., & Gutheil, T. G. (1983). Unexpected clinical features of the *Tarasoff* decision: The therapeutic alliance and the "duty to warn." *American Journal of Psychiatry*, *140*, 601-603.

评论：

相关的研究表明，进行门诊的治疗师比研究机构的治疗师，更可能对潜在的受害者做出提醒，后者则更可能选择民事拘禁。在研究机构工作的治疗师只有在暴力威胁模糊不清或较为隐蔽时才会做出提醒。在许多情况下，当具有良好的治疗联盟时，这类威胁可以通过治疗本身得以解决。

参考文献

Beck, J. C. (1982). When the patient threatens violence: An empirical study of clinical practice after Tarasoff. *American Academy of Psychiatry and Law Bulletin*, *10*, *189-202* (inpatient).

Wise, T. P. (1978). Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff. *Stanford Law Review*, *31*, *165-190* (*outpatient*).

如果应用与塔拉斯夫案及其随后引发案件所产生的与责任有关的材料，

以及应用问题解决的技术来应对第三单元中提到的道德两难问题,那么你会如何处理以下情况呢?

一名女子在其二十几岁时曾受到丈夫的虐待近两年之久。虽然这段感情开始时很美好,但当两人住在一起的第二年,男人开始打她,造成她多处瘀伤、轻度脑震荡和鼻骨折断。因为伤痛严重,女子不得不去看外科医生。离开丈夫之后,该女子在一个保护受虐妇女的诊所接受心理治疗,目前居住在一个与诊所相连的安全的房子里。

该诊所中上述女子的治疗师同样也接收另外一名受丈夫虐待的女子。然而,与上述女子不同的是,这名女子在一次被丈夫虐待时开枪杀死了丈夫。之后她没有被判谋杀罪,并接受随后的辅助治疗。经过几个月的治疗之后,她告诉治疗师自己已经与一位绝妙而善良的男子开始一段浪漫的恋爱关系。然而,这名绝妙的男子不是别人,正是该治疗师的前一名患者的前夫,这名患者因为曾遭前夫虐待也在接受治疗。

上述例子改编自1994年的一个案例情节(请参考 Confidentiality and spouse battering. *Ethics & Behavior*, 4, 161-162)。请认真思考这些问题,它们比你最初想的更复杂。下面有三种不同的分析,分别来自受虐配偶研究权威、律师和伦理学家。参见 Walker, L. E. A. (1994). The importance of knowing what you know and don't know. *Ethics & Behavior*, 4, 162-167; Bourne, R. (1994). Rocky Brute: A duty to warn? *Ethics & Behavior*, 4, 167-170; Ryan, M. A. (1994). Double trouble: "Rocky Brute" and the ethics of confidentiality. *Ethics & Behavior*, 4, 171-173。

最后,应该在患者受感情驱使做出暴力行为时(而不是在公开明确的计划之后)去分析治疗师的不同职责(相关内容详见 Beck, J. C. 1998. Legal and ethical duties of the clinician treating a patient who is liable to be impulsively violent. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 375-389)。

在治疗中当信息被公开后如何确保对保密信息的保护呢?在一项由75名本科生充当假患者的研究中,被试分为绝对保密组和有限保密组。结果发现,绝对保密组的被试比有限保密组的被试更愿意公开信息。另外,虽然两组被试在公开信息时,都更愿意公开严重程度低的信息,而非严重程度高的信息,但绝对保密组的被试比有限保密组的被试更愿意公开一些高严重程度的信息项目(如精神症状)(见 Nowell, D. & Spruill, J. 1993. If it's not absolutely confidential, will information be disclosed? *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 367-369)。尽管绝对保证对隐私信息的保护具有很多益处,但正如作者所指出的那样,承诺绝对保密是不道德的。APA 2002年的伦理准则4.02条指出,除非治疗关系"行不通或治疗不当",否则心理学家不能"在治疗关系的开始初期"去讨论保密信息。准则10.01条要求治疗师"尽可能早"就要告诉患者保密的局限性。然而,在对美国中西部204名心理学家调查关于虐待儿童的强制报告中,他们会遵循什么样的程序时,尼克莱和斯科特(Nicolai & Scott, 1994)对这些调查结果感到震惊:

> 近20%的受访者表示,他们只是有时(或者从来没有)提供这方面的资料给患者。超过5%的受访者曾误导性地告诉患者,在治疗中透露的一切信息都是保密的。这些结果(及其他的相关结果)和其所隐含的意义都令我们不安。

有关保密的局限性并没有被明确

指出，第一次就诊的患者就可以认为所有传递给治疗师的（不管是什么内容的）信息，均会被保密。此外，一些治疗师告诉患者他们在治疗过程中所说的一切信息都被保密，显而易见，这类治疗师将患者和自己都置于风险的边缘。心理健康专业的法律和道德准则都表明，当治疗过程中患者公开了某类信息时，治疗师必须违反保密原则（p. 158）。

Nicolai, K. M. & Scott, N. A. (1994). Provision of confidentiality information and its relation to child abuse reporting. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 154-160.

下列文章探讨两个问题，这两个问题或许比那些读者已经接触的复杂问题还要复杂。首先，我回顾了未成年人的保密交流信息在公开后受到保护的程度；其次，针对那些为感染了 HIV 或 AIDS 提供服务的心理学家，我提出了潜在的冲突的责任和义务这一观点。

麦克格尔（McGuire, 1974）指出，1963 年 APA 的伦理标准很难理解，也很难适用于治疗师和儿童患者之间的关系，尤其是在保密原则上。他回顾了 2002 年伦理准则中的 3.07、3.10 和 4.02(a)，并与 1963 年的伦理标准进行比较，看看这些标准是否为那些工作对象是未成年人的治疗师提供了更为清晰的指导。此外，麦克格尔还对 45 名临床治疗师做了一项调查，结果发现，在专业人员中越来越倾向于认同未成年人的保密信息公开后，应该得到与成年人一样的保护（见 McGuire, J. M. 1974. Confidentiality and the child in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 5, 374-379）。根据下列文章，思考一下对这种趋势的证明是来自法律角度还是道德角度？

对未成年患者的保密原则：治疗师的争议和指导方针 8

⊙ 凯瑟琳.E.加斯塔夫森和J.瑞吉斯·迈克拉马拉
(Kathryn E. Gustafson and J. Regis McNamara)

……

知情同意的法律考虑

未成年人在未经父母同意而接受心理治疗逐渐地合法化了。大多数司法允许未成年人在父母不知情的特殊情况下获得治疗(Wilson,1978)。因为在一些特殊情况下,获得父母的同意可能会危及青少年获得治疗的可能性。这些特殊的情况包括性侵犯、药物滥用、怀孕、性传播疾病、避孕方面的咨询和医疗保健。

另外,法律已经认可父母要求对未成年接受治疗有知情权的四类一般例外。第一类是“成熟的未成年人”例外,即对那些已经心智成熟,并足以理解治疗的性质和结果的儿童例外。第二类是“脱离父母而独立生活的未成年人”例外,它是指由于每个州的情况不同被合法地赋予成年人权利和义务的未成年人(例如:已婚的未成年人)。第三类是“急症治疗”例外,由于情况的紧急性,它假设父母是默许同意的。最后一类例外是当法院要求治疗时,可不必获得父母同意。

虽然这些例外起初是为了明确未成年人的权利,但是它们实际上使治疗师更困惑了。因为这些例外是模糊不清的,而且每个州情况的不同,可以产生很多种解释。因此,普洛特金(Plotkin,1981)建议儿童需要经过同意才能接受治疗的年龄,可以低于儿童成长发育文献中的数据。

知情同意的发展性考虑

越来越多的证据表明,特定年龄的未成年人已经心智成熟到可以对心理治疗做出明确的决定。格里索和威尔林(Grisso and Vierling,1978)回顾了认知发展研究的相关文献,总结出“几乎没有证据可以证明15岁或以上的未成年人作出同意决定的能力会低于成年人”(p.423)。然而,11岁以下的未成年人不能擅自同意进行心理治疗是因为他们心智还未成熟,而且他们有一种遵从权威的倾向。威施姆(Weithorn,1982)认为当儿童进入形式运算思维阶段(11~14岁),他们能对抽象可能性和多种行为过程的假设结果进行概括总结。因此,他们有能力做出同意治疗的

决定……

而且，到了15岁，青少年有能力理解和行使他们的权利。在一个模拟治疗中，给儿童提供了一些与患者权利有关的信息，结果这些信息使得15岁的男孩权利侵犯意识和保护这些权利的能力得以提高，而9岁男孩却没有提高（Belter & Grisso，1984）。在该研究中，15岁的被试在各方面表现得和21岁的被试一样出色。

知情同意的另一种要素是识别治疗潜在风险和收益。研究者发现有学习和行为问题的未成年人有能力识别相关的治疗风险和收益（Kaser-boyd，Adelman & Taylor，1985）。年龄较大且以前有过治疗经历的未成年人能识别更多的风险和收益，且能更抽象地描述这些风险和收益；而年幼的和以前没有治疗经历的未成年人就只能识别在有关的、可行的形势中的风险和收益。

越来越多的证据显示未成年人能有效地参与至少几种类型的治疗决定。有学习和相关行为问题的未成年人报告，他们有兴趣并自信有能力参加那些影响自己的心理教育方面的决定。他们会采取必要的步骤参与，并对自己参与的结果感到满意（Adelman，Lusk，Alvarez & Acosta，1985；Taylor，Adelman & Kaser-Boyd，1983，1985）。年龄较大的学生参与的愿望更强烈，坚持执行计划的倾向更强，而且老师和家长也认为他们的参与更有效（Taylor et al.，1985）。另外，当青少年参与治疗的计划与评价（Janzen & Love，1977），以及当他们感到对参与有选择权利时（Bastien & Adelman，1984），他们似乎对治疗的反应更积极。

梅辛杰和麦圭尔（Messenge and McGuire，1981）通过对治疗关系中儿童的保密性概念的调查也发现，年龄较大的儿童（12～15岁）对保密性的理解显著好于年龄较小的儿童（6～8岁）。因此，儿童似乎是逐步发展保密性概念的……

决定儿童的最佳利益

一些学者认为未成年人和成年人一样被赋予保密权（Myers，1982；Patterson，1971；Wrenn，1952）。就如迈尔斯（Myers，1982）所说，“未成年患者只占少数这一事实使得治疗中保密性交流的不可侵犯性变得非常重要”（p. 310）。迈尔斯主张治疗师的保密职责不是针对父母而是针对孩子，因为孩子才是患者。美国精神病协会关于儿童和青少年临床记录保密的特别工作小组在他们的《保密性的示范法》中建议，未成年人可以同意公开保密信息的年龄是12岁及12岁以上（Amercian Psychiatric Association，1979）。

一些学者支持在面对未成年患者时应减少保密性。帕杜、威查德和约翰逊（Pardue，Whichard & Johnson，1970）建议应预先告诉未成年人其父母或监护人有时可能需要参与。因此，在未成年人获知这类限制之后可以自由地选择是否参加治疗。

格兰（Glenn，1980）和罗斯（Ross，1966）认为对于未成年人患者是否有必要保密的决定取决于个人和具体的情况，汤普森（Thompson，1983）则认为“治疗师在决定是否公开保密信息之前应该先决定如何让患者的监护人更容易去使用这些信息”。（p. 99）

在治疗关系中，未成年患者将保密原则视为自己的最佳利益的相关研究尚不多

见。柯柏考(Kobocow)等(1983)研究了对保密性遵守程度的改变对年纪较小的青少年自我表露的影响。结果发现,即使主试保证遵守保密性原则,对于不被社会认可的行为被试仍然不愿意承认,而且表现出对主试的不信任。因此,面对未成年人的时候,建立一个可信赖的关系也许比承诺保密性更重要(Koocher,1976,1983;Ross,1966)。梅辛杰和麦圭尔(1981)也认为虽然对保密性的口头解释是必要的,但是与一个坚持保密性原则的治疗师的真实相处更为重要。因此,对于年龄较大的未成年人来说,保密性似乎很重要。

治疗师的态度和行为

面对未成年患者,治疗师对保密性的同意与其实践会有些不同。无论国家法律允不允许,很多治疗师在没有父母同意的情况下已经为未成年人提供了心理治疗服务(Apsler,引自 Wilson,1978;Melton,1981)。在父母不知情的情况下为未成年人提供服务时,在费用方面,很多诊所和从业人员只收取极少的费用,有时完全免费,有时根据青少年的收入来收取。而没有为青少年提供这类特殊的费用收取安排的诊所可能会阻碍未成年人寻求治疗,这是因为收取的费用太高或者通过父母的保险来支付可能会导致父母知情。

关于对未成年患者的保密原则,有些诊所会限制父母获得未成年患者的治疗记录,而另外一些诊所则没有这种限制(Melton,1981)。麦圭尔(1974)评估了在治疗中为未成年人保密的社区心理健康从业人员的做法。他发现绝大多数心理健康从业人员支持这样的立场:未成年人应该被赋予和成年人一样的保密权利。这个信念是否和政府决策或国家法律一致尚无定论。

治疗师的指导方针

……

保密性是否被确保可能会影响青少年参与心理治疗的决定。一个没有受到保密性承诺的青少年可能决定不参与治疗或者可能不愿说出他的烦恼。因此,对于成年患者,保证保密性有利于社会的利益,因为它可以促使有治疗需求的个体寻求心理治疗。

在治疗关系中,使青少年参与治疗计划并承诺保密也可能对治疗有效果。在保密关系中,认为自己是积极参与的未成年人可能更配合治疗师,并因此更少地抵制治疗的进程。

此外,青少年参与制定治疗决策(包括可以向谁公开什么信息),这也给他们自己提供了一种重要的社会学习经验。它不仅为他们将来制定决策提供经验,也为他们带来一种积极参与自己的事情、有责任心的感受(Weithorn,1983)。

给予未成年患者保密性的程度必须基于以下几点因素的考虑。首先,治疗师应该考虑到患者的年龄……治疗师应该考虑到儿童的需要和愿望、父母的担忧、特别出现的问题,以及决定何种保密程度适合青春期前儿童的相关国家法规。其次,因为年龄只是认知功能粗略的指标,治疗师应该对未成年人的认知能力包括智力、皮

亚杰阶段(Piagetian Stage)和科尔伯格推理水平(Kohlbergian reasoning level)等方面的因素做出大概的评估。

下面有许多策略,治疗师可以应用这些策略去完善治疗经验,而且同时又能够维护未成年患者及其父母的权利。

1. 一旦治疗师对于保密程度已经做出决定,且认为决定是必要和合适的时候,他们应该安排一个有家长和青少年参与的治疗前家庭会议,并解释做出这个决定的依据。治疗师应该和所有的家属建立和谐关系,而且家属也应该显示对治疗条件的充分的理解,包括保密性。他或她到时必须准备一份书面的专业服务协议(professional services agreement)……该协议全面详细地记录保密关系的条件和限制。所有参与会议的人(父母、青少年、治疗师)都应该签署这个专业服务协议。它应该成为未成年人永久性档案(permanent file)的一部分。

与开放式沟通和感情融通一样,这个专业服务协议有可能阻止父母要求从治疗中获得信息。然而,在一些案例中,父母可能随后要求接触未成年人的档案。法庭是决定支持父母还是支持专业服务协议尚不清楚。

2. 出于表达关心的天性以及对治疗师的偏好,父母可能从不同角度参与了治疗。事实上,家庭的参与对治疗有益。它通常也对未成年人选择治疗起作用。然而,与青少年的交流可能仍需保密。在把改善父母和青少年关系作为最终目标的治疗中,父母有时会直接参与治疗。但是维持保密性并不会影响这个目标。在某些案例中,家庭关系恶化到一定程度就阻碍了即时的、有效的家庭成员间的关系。在把这个问题扩展到亲子之间以前,最必要的应该是加强治疗师和青少年的关系及交流技巧。在其他时候,父母可能是间接参与治疗,例如通过监控青少年在家的行为来观察他们在治疗之外的变化。在一些青少年有个人顾虑的案例中,父母的参与甚至更受限制。在这些案例中,应当提醒父母,告诉他们青少年和治疗师之间通常会建立很强的信赖关系。与父母相比,青少年更可能对治疗师说出私密的信息。治疗师应该与父母探讨,是否治疗师与其孩子的这种关系可能受到威胁,或是在父母间引发嫉妒。对这类感受坦率而真诚地进行讨论可能是有益的……

3. 在治疗期间,如果父母对治疗的进程表示担心,那么无论何时都应该鼓励他们发起未来家庭会议(future family meeting)。对于父母和青少年来说(就如专业服务协议所阐明的),必须明确家庭会议不会让步于治疗师和未成年人间的保密关系。维护与父母的关系和保护青少年的隐私都是很重要的,这使得父母可以更恰当地评估治疗师的能力和治疗的有效性。

4. 在治疗持续期间,治疗师应该尝试提供合乎青少年发展的治疗理由和解释。

5. 治疗师有必要熟悉自己所在州的任何相关的法规以及采取与这些法规一致的措施。法律对未成年人保密的规定尚不清晰(Herr, Arons & Wallace, 1983)。不同的州采取不一致的政策,在这些政策中,允许未成年人未经父母同意参与治疗,而父母可以接触未成年人的治疗记录或承担由治疗而导致的费用。另外一些州法律没有提到父母想要介入但是未成年人想要保密的这种情况。

6. 在任何时候,如果治疗师面临他(她)不清楚什么是适当的职业行为的情况,他(她)首先应该去查阅伦理和心理健康法律方面的书……如果这样做之后还是不确定或有所担心,他(她)应该考虑通过适当的专业或法律方面的咨询。

参考文献

Adelman, H. S., Lusk, R., Alvarez, V., & Acosta, K. (1985). Competence of minors to understand, evaluate, and communicate about their psychoeducational problems. *Professional Psychology: Research and practice*, *16*, 426-434.

American Psychiatric Association. (1979). Task force on confidentiality of children's and adolescents' clinical records. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 138-144.

Bastien, R. T., & Adelman, H. S. (1984). Noncompulsory versus legally mandated placement, perceived choice, and response to treatment among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 171-179.

Belter, R. W., & Grisso, T. (1984). Children's recognition of rights violations in counseling. *Professional Psychology: Research and Practice*, *15*, 899-910.

Glenn, C. M. (1980). Ethical issues in the practice of child psychotherapy. *Professional Psychology*, *11*, 613-619.

Grisso, T., & Vierling, L. (1978). Minors consent to treatment: A developmental perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, *9*, 412-427.

Herr, S. S., Arons, S., & Wallace, R. E. (1983). *Legal rights and mental health care*. Lexington, MA: Lexington.

Janzen, W. B., & Love, W. (1977). Involving adolescents as active participants in their own treatment plans. *Psychological Reports*, *41*, 931-934.

Kaser-Boyd, N., Adelman, H., & Taylor, L. (1985). Minors' ability to identify risks and benefits of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *16*, 411-417.

Kobocow, B., McGuire, J. M., & Blau, B. (1983). The influence of confidentiality conditions on self-disclosure of early adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*, 435-443.

Koocher, G. P. (1976). A bill of rights for children in psychotherapy. In G. P. Koocher (Ed.), *Children's rights and the mental health professions* (pp. 23-32). New York: Wiley.

Koocher, G. P. (1983). Competence to consent: Psychotherapy. In G. B. Melton, G. P. Koocher, & M. J. Saks (Eds.), *Children's competence to consent* (pp. 111-128). New York: Plenum.

McGuire, J. M. (1974). Confidentiality and the child in psychotherapy. *Professional Psychology*, *5*, 374-379.

Melton, G. B. (1981). Effects of a state law permitting minors to consent to psychotherapy. *Professional Psychology*, *12*, 647-654.

Messenger, C., & McGuire, J. (1981). The child's conception of confidentiality in the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *18*, 123-130.

Myers, J. E. B. (1982). Legal issues surrounding psychotherapy with minor clients. *Clinical Social Work Journal*, *10*, 303-314.

Pardue, J., Whichard, W., & Johnson, E. (1970). Limited confidential information in counseling. *Personnel and Guidance Journal*, *49*, 14-20.

Patterson, C. H. (1971). Are ethics different in different settings? *Personnel and Guidance Journal*, *50*, 254-259.

Ross, A. O. (1966). Confidentiality in child therapy: A reevaluation. *Mental Hygiene*, *50*, 360-366.

Taylor, L., Adelman, H. S., & Kaser-Boyd, N. (1983). Perspective of children regarding their participation in psychoeducational treatment decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*, 882-884.

Taylor, L., Adelman, H. S., & Kaser-Boyd, N. (1985). Minors; attitudes and competence toward participation in psychoeducational decisions. *Professional Psychology: Research and Practice*, *16*, 226-235.

Thomopson, A. (1983). *Ethical concerns in psychotherapy and their legal ramifications*. New York: University Press of America.

Weithorn, L. A. (1982). Developmental factors and competence to make informed treatment dicisions. *Child and Youth Services*, *5*, 85-100.

Weithorn, L. A. (1983). Involving children in decisions affecting their own welfare: Guidelines for professionals, In G. B. Melton, G. P. Koocher, & M. J. Saks (Eds.), *Children's competence to consent* (pp. 235-260). New York: Plenum.

Wilson. J. (1978). *The rights of adolescents in the mental health system*. Lexington, MA: Heath.

Wrenn, C. G. (1952). The ethics of counseling. *Educational and Psychological Measurement*, *12*, 161-177.

青少年患者的保密性原则失效的影响因素——一项对儿童心理学家的调查[1]

9

◎ 杰瑞米.R.苏立范,伊莉沙.威廉.A.里,兰茜·派娜拉诺和凯丽.A.乔治
(Jeremy R. Sullivan, Eleazar, William A. Rae, Nancy Pena Razo, and Carrie A. George)

心理学家该如何决定是否要违背保密性原则,以提醒那些正在涉险的青少年患者的家长,关于他们孩子的行为可能引起的潜在危险?为了鼓励开放式交流和增进治疗期间的信任,心理学家经常会向青少年患者承诺他们将会坚持保密性原则,虽然并没有相关的法律依据要求他们做出这样的承诺(Rae,2001)。通常父母对于自己的孩子具有知情权,但实际上,为了有助于治疗过程的进行,这种特权往往被自动放弃。这种决定不是建立在法律的基础上,而是基于心理学家想要建立并维持与青少年真诚的治疗关系的前提下。在这种治疗关系中,患者在暴露敏感信息时才能觉得安全(Gstafson & Manamara,1987)。然而,当一个患者的行为确实足以对患者个人或他人造成潜在的危害时,很显然不管是道德还是法律层面,心理学家都有责任去违背保密性原则(APA,1992)。

做出违背保密性原则的决定已经成为职业心理学实践过程中最常遇到的情况和最严肃的伦理争论(Haas, Malouf & Mayerson, 1986; Jacob-Timm, 1999; Pope & Vetter, 1992)。而且为了保护患者和其他人员免受伤害,心理学家倾向于违背保密性原则(Pomerantz, Ross, Gfeller, & Hughes, 1998; Rae & Worchel, 1991)。然而,在面对是否违背保密原则并冒着破坏治疗关系的危险这一道德两难境地,心理学家对各种因素的重视和考虑程度尚不清楚。临床治疗师在与青少年及其家人相处时,尤其容易遇到这样一个问题。这是因为青少年患者的行为很可能属于被心理学家认为是潜在危险的行为范畴中,这就使得保密性成为这类患者群体中尤其突出的问题(Powell,1984)。

……

在面对冒险的青少年时,儿童心理学家很可能要面临做出违背保密原则的决定,即为了保护青少年远离伤害,心理学家只得告诉其父母孩子的冒险行为。儿童心理学家必须评估青少年的潜在危险,但是通常很难判断青少年的行为是否对自己或他人具有真正的危险。值得注意的是,虽然心理学家在保护患者免受伤害上同时受到法律和伦理的约束,而且,虽然法律和伦理的指导方针是临床心理学家的导向

[1] 出自 Professional Psychology: Research and Practice, 33, 396-401. Copyright 2002 by the American Psychological Association.

和责任的重要来源，但是伦理原则也容许心理学家在做决定时具有个体差异。按照这种说法，当前研究的目的就是识别出当与青少年处于治疗关系时，哪种原因最能引起儿童心理学家决定违背保密性，并将冒险行为报告给青少年的父母。

青少年冒险行为报告中的道德两难问题研究

本文是以“青少年冒险行为报告中伦理两难问题研究（The Survey of Ethical Dilemmas in Reporting Adolescent Risk-Taking Behavior）”的一部分为基础的。而“青少年冒险行为报告中伦理两难问题研究”的目的是评估心理学家对待冒险青少年的伦理态度和伦理信念。在研究的第一部分中，要求被试看一篇短文，文中有一名青少年患者具有一些冒险和潜在的危险行为（如，抽烟、性行为、喝酒、吸毒和自杀行为），这些危险行为的频率、强度和持续时间不同。要求被试评定当治疗师面对这些行为时，违背保密原则在何种程度上是合乎伦理的。这部分的研究结果已经在别的文章中报告（Rae，Sillivan，Razo，George & Ramirez，2002），而且这篇文章的最后还有一个简短的概括。

研究的第二部分（也是本文的基础）中，要求被试判断，当面临做出违背保密原则的决定并将青少年的危险行为告知其父母时，表格中13道题项的重要性程度。在这一部分中，要求被试完成从1（非常不重要）到5（非常重要）的五点式量表评定。由于这些题项不是建立在上述短文的基础上，所以评定这一部分独立于第一部分。这一部分没有要求被试考虑任何特定的冒险行为，相反的是，这些题项是用来评估做出是否要违背保密性原则决定时的一般性考虑（general considerations）的重要性……所有的13道题项见表1……

［这份问卷邮寄给美国心理学会第54分会——儿童心理学会的200名会员，问卷回收率为43%。研究者报告了这13个题项的因素分析结果，发现分离出两大因子。因子一命名为行为的消极本质（Negative Nature of the Behavior）（包括第1、5、10、11、12题），因子二称为治疗过程的维持（Maintaining the Therapeutic Process）（包括第2、7、8、9题），其余的题项不足以构成任何其他因子负荷］。

表1　项目反应：百分数与平均数

题　项	选　项/%						
	1	2	3	4	5	M	SD
1. 冒险行为的严重性	1	4	1	19	74	4.61	0.82
2. 报告对家庭产生的消极影响	7	24	10	42	18	3.39	1.23
3. 确信冒险行为确实发生	1	3	4	41	50	4.37	0.81
4. 维护法律	8	19	10	32	31	3.59	1.32
5. 保护青少年	1	1	5	14	78	4.66	0.76
6. 使青少年避免法律问题	11	28	16	34	11	3.05	1.23
7. 不干扰治疗过程	5	28	10	43	14	3.31	1.18
8. 不告诉父母的情况下，冒险行为消失的可能性	3	8	12	46	28	3.92	1.00

续表

题　项	选　项/%					M	SD
	1	2	3	4	5		
9. 违背保密性后,家庭仍会继续治疗的可能性	10	28	18	34	11	3.08	1.20
10. 冒险行为的频率	3	1	0	43	53	4.42	0.81
11. 冒险行为的强度	3	1	1	22	73	4.61	0.82
12. 冒险行为的持续时间	3	3	1	37	57	4.42	0.88
13. 患者的性别	53	23	12	10	3	1.86	1.13

注:各个选项:1 = 极其不重要;2 = 有些不重要;3 = 不确定;4 = 有些重要;5 = 极其重要。由于数据缺失和取整,所有选项的百分数相加的结果不一定是100%。

训练和实践的意义

有趣的是,当前研究中的这两个因子看起来似乎是相互对抗的,也即,两个因子之间有一种拉张力或推拉关系。行为的消极本质这一因子可能会推动个体做出违背保密性的决定,而维持治疗过程这一因子则会促使人们坚持保密性原则。虽然被试对行为的消极本质中的项目作出更为一致的反应,而且该因子中各个项目享有更多的共同变异,但我们还是认为分离出的两个因子同样重要,并且都具有独一无二的、重要的临床和训练意义。

行为的消极本质

行为的消极本质这一因子的存在表明,全面、系统地评估由青少年患者危险行为所产生的对自己和他人的潜在危险程度,这是重要的。这种评估需要考虑一些心理学的知识基础(如有关青少年在特定成长环境中表现出的不同的危险行为的本质和后果的心理学知识),同时这种评估也可能会促进干预和治疗计划。这样一个系统的过程……(至少)包括:对行为出现的频率、强度和持续时间的评估,以及关于青少年行为对他们自身或他人潜在影响的考虑。

就训练而言,行为的消极本质这一因素的重要性在于,使青少年的冒险行为标准化,并以此对治疗师进行训练,使得他们形成广博的知识并因此而受益。这种知识基础来自于青春期危险行为标准化中的实证数据(如,不同的冒险行为的流行率)。同时,这种知识也有助于形成标准化的危险行为与患者具体行为之间的对比,从而可以判断患者的行为偏离常态的程度如何……形成这样的知识基础的目的在于:当面对某一特定青少年患者,难以决定是否违背保密性原则时,它有利于人们做出经验性的决定,而不是仅仅凭直觉或者"觉得正确"来决定。

被试将一些项目分配给行为的消极本质这一因子(如,冒险行为的频率、强度和持续时间),其重要性在于获得了与研究第一部分一致的结果(Rae 等,2002),这反过来也验证了在面临短文中描述的那个虚构的青少年患者时,患者冒险行为的频

率、强度、持续时间和类型对违背保密性原则合乎道德的感受会起到影响作用。研究的第一部分调查了五个领域的冒险行为，每个领域中的强度水平如下：吸烟（一支烟、多于一包烟）；喝酒（一次、四次或四次以上）；吸毒（大麻、安非他明（兴奋剂）、吸入剂、迷幻药）；性行为（固定性伴侣、多个性伴侣、HIV 病毒呈阳性者在性行为时未采取保护措施）；自杀行为（自杀念头、自杀姿势、自杀企图）。这五个行为领域中每一个领域中的每一个强度水平（除了自杀姿势和自杀企图外）都有四个频率/持续时间水平：几个月前有过一次，几个月来每个月一次，几个月来每周一次，上一年来几乎每天都有。

简而言之，由前一部分研究所得的结果表明，在跨越冒险行为的五个领域中，危险行为的强度和频率/持续时间越增加，心理学家认为违背保密性原则越合乎伦理。因此，当行为以一种低强度、低频率或持续时间较短出现的时候，被试通常不会认为此时违背保密性原则是合乎伦理的。但是，当短文中出现的青少年是 HIV 阳性病毒携带者，并承认自己在进行性行为时没有采取保护措施，以及当青少年承认有自杀企图，此时即使行为只有很低的频率或持续时间很短，被试也觉得违背伦理原则而去报告这些行为是合乎伦理的。相反地，即使在一些领域患者的行为具有很高频率或者较长的持续时间（例如吸烟超过一包，抽大麻，与固定或多个性伴侣发生性行为），被试也倾向于认为此时违背保密性原则是不道德的。因此，极其严重的行为会使人们不考虑频率和持续时间，就具有正当理由将其公开；而对于那些在青少年中十分普遍的行为，即使有很高水平的频率和持续时间，心理学家也不会将其公开。最后，被试认为违背保密性原则最合乎道德的情况是报告自杀行为，其次为性行为和喝酒，他们认为最没有理由去违背保密性原则的是报告吸烟行为。

……虽然，调查中所涵盖的所有行为都可以说是冒险的或危险的，但是被试倾向于依据行为的强度、频率或持续时间来判断违背保密性原则的合理程度。虽然，如何去判定某一行为是否真的具有潜在危险并足以让人做出违背保密性原则的决定尚未达成共识。但是，对患者行为强度、频率和持续时间的评价是一个合理的切入点，这个评价所得出的信息可以用于将患者的行为与典型的青少年行为数据进行比较，以便做出一种有根据且以实际经验为基础的决定。

维持治疗过程

维持治疗过程这一因子的形成说明了，当保密性必须被违背时，也要寻找一些方法来维持治疗关系。心理学家担心的是，一旦违背保密性原则，青少年就不再信任心理学家，并在治疗过程中透露更少的信息。此外，心理学家还担心违背保密性原则可能会导致家庭终止治疗，这将导致家庭成员（尤其是青少年）在今后的日子里，如果遇上心理或行为上的问题也更不可能去寻求帮助。与此同时，父母得知他们孩子的情况后也可能会对心理学家施加压力。这些问题说明在治疗早期就保密性原则的局限性与患者进行坦诚而彻底的讨论是十分重要的（APA，1992；Melton，Ehrenreich & Lyons，2001）。为了使讨论更具体化，心理学家应该描述那些可以合理违背保密原则的特定行为。这个讨论过程应该包括青少年患者及其父母，而且心理学家应该确保每个人都能理解保密性原则的局限性，因此可以用一些后续问题来确

认他们是否理解(Ford,Thomsen, & Compton,2001;Gustafson & McNamara,1987)。例如,父母和青少年要在含有保密原则的局限性的同意书上签字,这样做同时也是为了避免他们的曲解(Rae,2001)。此外,保密性问题应该阶段性地重申,或是将之作为新的问题再次讨论,只有这样才能确保患者能始终理解这一问题。

心理学家在违背保密性原则并将青少年的行为告知其父母之前,还有两种可供选择的方案:(1)鼓励患者在治疗师在场的情况下,自己去告知父母他们的行为;(2)心理学家当着孩子的面把他们的行为告诉父母。这两个方案可以减少青少年对治疗师的不满,因为在这两种情况下孩子都在场,所以他或她不会出现背叛的感觉,也不会觉得自己处于治疗师和父母的双面夹攻之下。

泰勒和阿德尔曼(Taylor & Adelman,1989)针对解决在面对青少年患者时违背保密性的伦理两难问题,提出了一些有效的指导方针。具体包括:(1)向患者解释清楚为什么必须违背保密性原则;(2)与患者讨论违背保密性原则可能引起的后果;(3)判断如何违背保密原则才可以减少对患者的消极后果。关注这些方针或许有利于治疗师将违背保密性原则的行为融入到治疗过程中。这种对额外方法的认同可以扩大青少年患者参与违背保密性原则,并因此可以增加预期的治疗关系被维持的可能性。

最后,心理学家如果意识到维持治疗过程这一因子可能诱使他们即使患者出现极端危险的行为时也不愿意违背保密原则,那么他们可能会从中受益。因为当违背保密性原则看起来合理时,出于对公开保密信息会破坏治疗关系的考虑,还是可以不违背。因此,在这样的情况下,心理学家必须认识到,虽然违背保密性原则可能确实会干扰治疗过程,但是最需要被考虑的应该是患者或他人的安全。

结论

实际上,做出是否要违背保密性原则的决定是件错综复杂的事。这可能受以下几个方面的联合影响:心理学家自身价值观、当前研究中所探讨的项目和因子,以及一些尚未被发现的其他因素。由于做出决定的复杂性(与其他伦理抉择一样),在伦理训练中不该试图教给学生每种伦理两难问题的“答案”。一来,想要这样做是不太可能的,同时这么做也会使个案独特的复杂性大打折扣。相反,伦理训练应该教授学生做出伦理决策过程,在这个过程中应该在一种不断发展的情境下考虑到所有的相关因素。也许,与伦理抉择和解决伦理两难问题有关的重要原则是:个人不仅应该合理地维护伦理规定,同时还能证明自己在作出决定的过程中考虑了所有的相关因素。因此,在训练的早期就应该教会学生去记录一些他们所考虑的因素,这些因素是他们在进行伦理决策过程中面临伦理两难问题时,对于其如何影响自己最初决策的概念化构思。这一点在面对冒险的青少年时尤其重要,因为当这些行为对青少年自己或他人造成伤害时,心理学家被认为有责任不违背保密原则,也即不能公开这些危险行为。正如巴格(Baerger,2001)所提到的那样,“只要在抉择过程中小心谨慎,心理健康从业者就不必在审判中对错误的判断负责”(p. 363)。然而,为了让学生从这类保护措施中获益,应该让他们学会在决策过程中做充分的记录。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*,1597-1611.

Baerger,D. R. (2001). Risk management with the suicidal patient:lessons from case law. *Professional Psychology:Research and Practice*,*32*,359-366.

Ford,C. A. ,Thomsen,S. L. , & Compton,B. (2001). Adolescents' interpretations of conditional confidentiality assurances. *Journal of Adolescent Health*, *29*,156-159.

Gustafson,K. E. , & McNamara, J. R. (1987). Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*,*18*,503-508.

Haas, L. J. , Malouf, J. L. , & Mayerson, N. H. (1986). Ethical dilemmas in psychological practice :Results of a national survey. *Professional Psychology :Research and Practice*,*17*,316-321.

Jacob-Timm, S. (1999). Ethically challenging situations encountered by school psychologists. *Psychology in the Schools*,*36*,205-217.

Melton,G. B. ,Ehrenreich,N. S. , & Lyons,P. M. (2001). Ethical and legal issues in mental health services for children. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*(3rd ed. ,pp. 1074-1093). New York: Wiley.

Pomerantz, A. , Ross, M. J. , Gfeller, J. D. , & Hughes, H. (1998). Ethical beliefs of psychotherapists: Scientific findings. *Journal of Contemporary Psychotherapy*,*28*,35-44.

Pope, K. S. , & Vetter, V. A (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, *47*,397-411.

Powell,C. J. (1984). Ethical principles and issues of competence in counseling adolescents. *Counseling Psychologisrt*, *12*(3),57-68.

Rae,W. A. (2001). Common teen-parent problems. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*(3rd ed. , pp. 621-637). New York:Wiley.

Rae,W. A. ,Sullivan,J. R. ,Razo,N. P. ,George,C. A. , & Ramirez, E. (2002). Adolescent health risk behavior: When do pediatric psychologists break confidentiality? *Journal of Pediatric Psychology*, *27*,541-549.

Rae,W. A. , & Worchel,F. F. (1991). Ethical beliefs and behaviors of pediatric psychologists:A survey. *Journal of Pediatric Psychology*, *16*,727-745.

Taylor,L. , & Adelman, H. S. (1989). Reframing the confidentiality dilemma to work in children's best interests. *Professional Psychology: Research and Practice*,*20*,79-83.

评论:

参见 Sobocinski M. R. (1990). Ethical principles in the counseling of gay and lesbian adolescents. Issues and autonomy, competence,and confidentiality. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 240-247,在这篇重要而富有争议的文章中提到了几个情境,这些情境涉及心理学家面临男女青少年同性恋的伦理两难处境。而2002年APA伦理标准中哪一条款有助于解决这类两难问题呢?

平衡青少年与他们父母的利益对实践人员和研究者来说是一项困难的任务。因为法律认为孩子通常不能独立做出决定,他们是否被赋予权力去做出决定是取决于宪法分析、案例法和州法规的。对于那些在政府体系(如学校、州医院)或私人机构(如非公立学校、自主业务或心理健康诊所)工作的心理学家而言,在没有父母参与的情况下而接受青少年患者是非常冒险的,除非有明确的法规允许他们这样做,如宾夕法尼亚州的法令10101.1中第35条规定:允许14岁与14岁以上的青少年做出同意作为门诊患者或住院患者进行心理健康治疗的决定。无论如何,心理学家应该清晰地描述对自己、青少年患者及患者父母之间的预期(参见:Behnke, S. (2005, December). Letter from a reader regarding a minor client and confidentiality. APA Monitor,36,78-79)。关于对青少年的评估、干预和研究有关的法律问题的充分探讨,可参见:Reschly, D. , & Bersoff, D. N. (1999). *The legal regulation of school psychology (3rd ed. , pp. 1077-1112)*. New York:Wiley.

HIV、保密性和保护责任：一个决策模型[1]

10

⊙ 蒂凡尼·策内维尔(Tiffany Chenneville)

作为一个心理学家，在治疗携带 HIV 的患者时，其责任是什么呢？塔拉斯夫原则是否适用？伦理指导方针与各个州的法律一致吗？诸如此类的问题对于那些面对携带 HIV 患者的心理健康从业人员来说是再熟悉不过了。这种情况下，对于是否要违背保密原则以保护第三方避免感染 HIV 病毒，治疗师需要作出艰难的决定。保密性的违背，可能会导致治疗关系的变坏，而治疗关系的破坏对于患者的总体幸福感是有害的。此外，维持保密原则则可能会造成第三方身体、精神和情感上受到伤害。这种双重束缚对于心理健康从业人员来说是极端恼人的。决策的复杂性还在于两极化的选择是非常少见的。事实上，根本的问题不在于是否违背保密性，而是，如何在不破坏治疗师与患者关系的前提下来保护第三方。为了做出负责任的决定，当涉及患者正处于传播潜在的致命病毒的情境时，治疗师应该仔细审查各种法律和治疗因素。

截止到 1999 年 12 月，疾病控制和预防中心（Centers for Disease Control and Prevention）报道了超过 50 万（733 374）的人被诊断为 AIDS 的案例（CDC，1999）。这个数据还不包括大量（且日益增长）诊断为会导致 AIDS 的 HIV 病毒携带者。因此，我们可以预期心理健康从业人员很可能会碰上携带 HIV 的患者。考虑到 HIV 携带者已经受到歧视，保密性成为一项特别重要的问题。如果没有保证保密性原则，那么 HIV 携带者可能会犹豫着不敢去寻求需要的治疗。另外，那些从事不安全的性行为或者静脉注射药物的 HIV 携带者可能也被认为是“危险的”（广泛定义）。对于熟知患者性行为的治疗师来说，这些事实就变成了问题。

伦理问题

对于保密性在治疗关系中的重要性有一个普遍的共识。没有对保密性的确信，患者可能会因为对污名化的担心而迟迟不敢寻求治疗。此外，心理健康从业人员普遍认为有效的治疗需要患者完全公开信息，并且认为保密性对于治疗关系的维持是

---

[1] From Professional Psychology: *Research and Practice*, 31, 661-670, Copyright 2000 by the American Psychological Association.

很重要的。

保密性在 HIV 携带者人群中尤其重要。处于 HIV 感染危险中的个体可能害怕被歧视,担心生活方式被公开(如,性取向、药物使用习惯和行为),害怕遭社会拒绝或者现有关系被中断。这些担心可能阻碍个体去做 HIV 检查,或是阻碍他们接受合适的药物治疗和心理治疗。同样地,对于 HIV 曝光风险和家庭虐待之间的关系(Molina & Basinait-Smith,1998)研究表明,由于对亲密关系中暴力的恐惧,如果保密原则没有得到确保的话,那么人们很可能也不愿意寻求治疗。

决策模型

下面的决策模型(Decision-Making Model)是建立在对此领域的文献进行综述的基础上的。该模型考虑了塔拉斯夫决议中概述的大前提,同时还强调了职业道德和患者的最大利益。此外,这个模型还考虑到了成文法(statutory law)和案例法(case law)的区别,并对当前可能的模型进行了扩展式的阐述。事实上,APA 心理教育和心理学与艾滋病特别委员会 HIV/AIDS 办公室规定心理学家"必须遵守国家法律和规章制度",且"在自己的从业过程中必须明确哪些是国家成文法和案例法所要求和允许的"(APA,2000)。这个模型也对公开保密信息得以批准的情况下如何继续进行提供了具体的参考……

第一步:明确公开保密信息是否被批准

决策模型的第一步包含去判断公开保密信息是否被批准。正如上面讨论的那样,做这个判断之前,需评估可预见的伤害(也就是,患者的性行为或者静脉注射的习惯是什么),以及识别受害者(也就是,性伴侣或共享针筒的同伴的身份是否被确认)。下面是心理健康从业人员在明确可预见伤害时该考虑的一系列问题:

患者进行性行为或与他人用共享针筒进行静脉注射到什么程度?
患者发生性关系或者共享针筒注射的行为多频繁?和谁?
患者在发生性关系或共享针筒注射时,是否采取预防 HIV 传播的措施?
　　例如,
　　患者是否使用避孕套?
　　患者在使用针筒前和用后是否清洗?
是否存在一些可能增加风险的人格特征?
　　例如,
　　患者是否是冲动的?
　　患者是否具有攻击性?
　　患者是否是顺从的?
　　患者是否是害羞或胆小的?
　　患者是否已被诊断为Ⅰ型或者Ⅱ型障碍?
　　如果是,有可能增加危害他人风险的症状是什么?
患者是否使用减少抑制的药物(例如,酒精)?
患者不愿意自我暴露的动机是什么?

患者害怕暴露 HIV 情况是否是因为害怕被拒绝、歧视等?

患者是否故意设法伤害别人?

如果通过对上述的这些因素审查的基础上发现伤害是可预见的,那么就有必要判断你是否能够识别处于危险中的第三方。问题是作为一个治疗师,你是否能够相对准确地确定某个人的身份或者更多潜在的受害者的身份。如果你能够确定某一潜在受害者,那么就很有必要评估这个治疗联盟。这个评估可以通过对治疗关系中所具有的信任、理解、接纳、共同目标、可觉知的效果和共同价值观进行正式或者非正式的审查而形成(Truscott, Evans & Mansell, 1995, for specific guidenlines on conducting formal and informal assessments of the therapeutic alliance)。在牢记患者的最大利益下,治疗师最初的且最主要的目标应该是引导患者把自己的 HIV 携带情况告知性伴侣和共同使用针筒的同伴。这不仅仅保护了治疗关系,而且可能还慢慢地向患者灌输了责任感和自我控制。如果患者的自我暴露能完成,就没有必要违背保密性原则了。如果治疗师不能确定潜在的受害者,那么就应该通过治疗让患者减少将病毒传播给他人的冒险行为,如果这样做,那也是明智的。

第二步:参阅职业伦理指南

决策模型的第二步涉及细阅职业伦理指南。APA 成员的心理健康从业人员必须参阅伦理准则的 5.02 和 5.05 条款(APA,1992)[1]。根据行为准则,向一些其他的专业机构如美国医学会(American Medical Association)或社会工作者协会(National Association of Social Workers)咨询由他们所制定的伦理指南也是很有必要的。

第三步:参阅州指南

决策模型的第三步涉及细阅州的相关指南。成文法有如下特殊规定:允许公开保密信息(Permissive disclosure)、必须公开保密信息(Required disclosure)或强制保密原则(Mandatory confidentiality)。读者可在附录 A 参阅到州指南关于保密和保密例外的一系列情形,也可查阅下面的网站:www. law. stetson. edu/law。

允许公开保密信息 如果州法律概述为"允许公开保密信息"(也即公开信息是容许的但非强制的),心理健康从业人员需要考虑的是:公开保密信息对患者的潜在影响,患者对于针对其危险行为的治疗的顺从性,以及患者把自己的健康状况透露给受害者的意愿。正如 HIV/AIDS 心理教育办公室所提的建议那样,APA(2000)支持这一假设,"除非是在一些特殊的情况下,即在这种情况下传播病毒给性伴侣或共享针筒的同伴的风险是患者不愿意(或不能)减少,才可以违背保密性;否则代表患者利益的保密性原则仍要坚持"。根据公开保密信息对患者潜在影响的评估,心理健康从业人员需要考虑的有治疗关系、患者的心理健康,以及对患者的潜在伤害(如,在一些案件中可能出现家庭暴力;Molina & Basinait-Smith,1998)。当评估一个患者对治疗其危险行为的顺从性时,患者进行高风险行为的动机是心理健康从业人员需要重点考虑的。此外,考虑患者倾向于进行危险行为的态度和行为特

---

[1] 主编说明:可参考当前(2002)APA 伦理准则 4.01 和 4.05。

征，以及他们顺从地做治疗努力的可能性也同样重要。在评估一个患者把他或她的健康状况透露给潜在受害者的意愿方面，重点考虑的是患者对于自己的健康状况坚持保密的动机（例如，害怕被歧视、关系丧失）。最后，在综合考虑上述因素之后，如果已经明确公开信息是必须的，那么心理健康从业人员应该参照本文在下一部分中所提到的步骤来进行。

必须公开保密信息 如果州立法要求必须公开信息，那么心理健康从业人员首先应该鼓励患者将自己的 HIV 状况告知潜在受害者。对自我暴露的确认和记录是这个接合点的关键。如果患者拒绝自我暴露，心理健康从业人员应该尝试着取得患者同意并公开信息；如果患者拒绝同意，那么心理健康从业人员必须通知患者信息将会被公开。即将公开信息的通知应该是口头的，最好亲自告知，也可以是以书信告知。他们应该和患者讨论决定的依据（也就是公开信息的依据要素）和对治疗关系的潜在影响。另外，应该再给患者一次自我暴露的机会。如果患者仍然拒绝，那么就需要第三方去公开信息，此时只有相关的信息才可以提供给潜在的受害者。重点要记住在塔拉斯夫一案中所提到的责任是保护。保护可能包括提醒，也也可能不包括提醒。例如，有些州认为通知当地健康部门就是一项充分的保护行为。然后，根据州规章制度，卫生保健人员就有责任去提醒潜在受害者或提供其他保护。在一些案子中，保护措施包含做出提醒，此时公开信息必须只局限于通知潜在受害者他或她可能已经接触到 HIV 病毒，但不泄露患者的姓名和其他个人信息。公开保密信息（包括通知患者）的程序必须以书面形式记录下来。这些记录对于保护治疗师尤其重要。它必须包括关于这个主题的所有谈话的日期、时间、内容和结果，也必须记录下治疗师做出“保护”决定背后的原因。最后，应该试着努力保持和修复治疗关系，如果这已不可能了，那么应该将患者转到其他的心理健康从业人员那里进行继续治疗。

强制保密原则 如果州法律要求无例外坚持保密原则，那么心理健康从业人员应该努力鼓励患者把自己的健康状况透露给潜在受害者。如果患者拒绝自我暴露，心理健康从业人员重点要做的是记下被禁止公开的问题和行为。最后，应该试着鼓励患者改变高危行为（例如，鼓励患者使用避孕套）。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2000). Duty to warn. *HIV/AIDS Office for Psychology Education (HOPE)*. Washington, DC: Author. Retrieved January 28, 2000, from the World Wide Web: http://www.apa.org/pi/aids/hope.html

Centers for Disease Control and Prevention. (1999, December). *HIV/AIDS surveillance report* (Vol. 11, No. 2). Atlanta, GA: National Centers for Disease Control and Prevention.

Molina, L. D., & Basinait-Smith, C. (1998). Revisiting the intersection between domestic abuse and HIV risk. *American Journal of Public Health*, *88*, 1267-1268.

Truscott, D., Evans, J., & Mansell, S. (1995). Outpatient psychotherapy with dangerous clients: A model for clinical decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 484-490.

评论：

把策内维尔(Chenneville)的决策模型运用到下面的案例中，该案例同样出自她的文章：

> 在过去的三个月里，你发现迈克尔·史密斯(Michael Smith)在接受治疗。迈克尔今年33岁，已经结婚8年。他有两个孩子，一个男孩和一个女孩，分别是3岁和5岁。迈克尔在治疗过程中向你透露他在几年前和邻居有过风流韵事，而对于这段持续约6个月的风流史，他的妻子从未发现。然而，迈克尔最近发现曾和他有风流事的那个女人死于AIDS。这促使迈克尔去做了HIV检测，结果是阳性的。迈克尔告诉你他不打算告诉妻子自己的检测结果。(p. 665)

在决定你是否把迈克尔的HIV携带情况透露给第三方的时候，你必须考虑哪些因素呢？做这个决定，你还需要哪些额外信息？

在接下来的引文中，作者会介绍一个40岁的美籍非裔男同性恋者的案例研究。该男子被诊断为抑郁症和边缘型人格障碍，且已经治疗了两年时间。他原本毒瘾很重，现已戒毒5年。他是HIV阳性病毒携带者，不过目前还没有任何严重的症状。他报告说自己曾经和吸毒的同性恋者发生过性行为，这些人中有一些是HIV阳性病毒携带者，但他们并没有向自己的性伴侣透露过自己的病况。他还未把自己的情况透露给同伴中的任何人。虽然他在性交过程中从不带避孕套，但是绝大部分时候他是在射精前先拔出。该文的不同之处在于它呈现了坚持保密性和违背保密性两者间的争论。当你看完这段引文时，你觉得在该案例中最有伦理道德的立场是什么呢？

对 HIV 携带患者警示责任原则的不同道德观点[1]

11

⊙ 史蒂芬.K.胡普里奇,克里斯蒂.M.高勒和罗伯特.B.斯切内德尔

(Steven K. Huprich, Kristi M. Fuller, and Robert B. Schneider)

……

对 HIV 呈阳性且性行为活跃的患者坚持保密性原则

关键的问题是治疗师是否有责任去提醒不明确的第三方有被传染到 HIV 的危险,透露将会与保密性冲突,可能会导致治疗关系的损坏,也可能会对患者造成伤害。采用最佳行动措施可以使相关所有人员和关系的伤害最小化,益处最大化。

在面临暴露的两难情境前,治疗师可能会探索一些备选方案,比如劝告患者告知朋友自己的情况。治疗师甚至可以提议患者邀请其处于潜在危险中的伴侣来会谈或治疗师一并通知患者伴侣和患者。如果患者对此仍坚持不接受,治疗师可以建议患者尽量克制不与其朋友发生性行为。如果还是发生了性行为,治疗师则可提倡其采用性安全措施……理想的应该是患者会采纳这些建议。但是,如果他不采纳,治疗师也不应告知其不知情的伴侣,也不应采取措施去确认和告知第三方。

不管是在道德判断的效用主义框架(utilitarian framework)下还是在道义主义(deontological framework)框架下,上述举措都是正当合理的。效用主义以是否符合多数人(社会)的最大利益为道德判定标准,道义主义以是否符合某一特定个体(患者)的最大利益为判断标准。

在两种道德判断框架下,鼓励患者将自身当前的 HIV 情况告知朋友,以及,当患者无法做到这一点时,鼓励其停止与其朋友的性行为或采取更安全的性行为都是符合道德准则的。这一方法可减少对未确定的第三方和患者的伤害风险,减少 HIV 的传染,激发个体的责任心,维持保密性和治疗关系,还可促进对患者的持续治疗。但也存在这种可能:患者把他的 HIV 情况告诉他的朋友后,他的朋友做出了消极的反应,这种反应可能对患者产生不良影响。不过,采取一定的措施可以减轻这种可能对患者产生的情感伤害。治疗师可就此问题安排一次会谈,通过会谈来决定应如何告知患者朋友这一事实,同时预期该朋友可能产生的反应,并且可进行角色扮演

〔1〕 From *Ethical & Behavior*, 13,263-278. Available at http://www.informaworld.com. Copyright 2003 by Taylor & Francis. Adapted with permission of the publisher.

活动。这样,患者朋友的反应及其对患者的情感影响就可以在后续的会谈中得到妥善处理。

在道义主义框架下,一方面我们可以说,患者已经被诊断为边缘性人格障碍(borderline personality disorder),所以把他的HIV情况透露给没有感染的性伴侣会对患者造成极大的创伤,引起情感伤害,为冲动、情感障碍和自杀倾向埋下隐患。但从另一个方面来说,不对他人造成伤害,发展个人和道德的责任感,这也正是患者的最大利益。因为,如果他的朋友一旦感染了HIV,并意识到被感染的途径,将可能出现更严重的道德、法律和情感等方面的不良后果。

鼓励患者把自己HIV呈阳性的情况告诉朋友,中止和朋友发生性关系,或至少采取安全的性行为措施,这些都符合APA心理学家伦理准则和行为规范(APA,1992)中提到的自主(Autonomy)、善行(Beneficence)、忠诚(Fidelity)、正义(Justice)和不伤害(Nonmaleficence)的原则。在这种情况下,要鼓励患者承担起个人的责任感,并自主地选择以何种方式应对他的朋友。这样,间接地,患者朋友的自主权也相应得到提高,因为在对患者的情况完全了解之后,能够决定是否保持性关系。事实上,这一措施是基于患者的最大利益的,因为它将激励个体具有责任感,为他人着想;同时,如果患者将HIV传染给了其朋友,这一措施还可减小由此而发生不良后果的可能性。无论是被告知实情,中断性关系,还是采取安全的性行为,都有利于患者的朋友,因为这减少了HIV传染和其他伤害发生的可能性。而与此同时,其他人也因此而受益,因为传播HIV的行为减少了,感染的可能性也就相应地减少了。在强调患者具有负责任行为的同时,其实也就是在强调"忠诚"。忠诚是在治疗关系背景下得以保持和塑造的,且源于患者自身的激励。

此外,保密性不能因通知权威机构或因采取步骤去确认和联系待确定的第三方而被打破。如果患者不愿意告诉朋友自己的HIV情况,也不愿意采取措施来减少传染HIV给他朋友的危险,治疗师既不能采取措施通知权威机构,也不能采取行动尝试确认和联系患者的朋友。从把患者看做是一个自我了结的道义主义的角度来说,这个立场是道德的。但从效用主义的角度来看,不采取进一步的行动来通知待确认的第三方是不妥的,因为患者的朋友和其他人可能会被传染到HIV——效用主义强调的是社会利益为先。但是提醒第三方将很可能破坏治疗师和患者间的治疗关系。鉴于患者的个人史和诊断,这样的治疗关系的破裂会伤害患者,并可能导致患者进行更多的无保护措施的性行为,从而可能使更多的人感染HIV。另外,如果人们觉得保密性受到威胁,他们将可能不再去寻求心理学的帮助。

……

也许有人会认为这种观念与善行、不伤害和家长保护主义(Paternalism)的道德原则相冲突。人们可能认为临床医学家消极被动地允许了患者表现出邪恶的行为,并且破坏了"善行"——这对第三方和/或社会都是不利的。另外,也有人指出临床医学家应该更多地扮演家长式作风的角色,即临床医学家介入并告诉患者需要打破保密性,把情况报告给权威机构或者未确定的第三方,并认为这样做实际上是基于患者的最大利益的。

然而,虽然上述这些行为措施看起来足以应对各种情况,但只是权宜之计,它并未提供一个长期的解决方案。患者很可能会因此而失去对临床医学家的信任,治疗

关系可能会破裂,患者可能不再继续治疗,个体机能也将得不到改善,并且那些无保护措施的性行为也可能会增多。因此,这样看来,还不如维持治疗关系的力量,继续致力于那些会影响患者的性行为以及阻止患者向其性伴侣揭示自身的 HIV 状况等之类的核心问题,继续鼓励患者告知别人自己的现状或尽量减少 HIV 传染风险。

在最近的一个案例,即撒帕尔起诉杰诸卡的案件,1999 年德克萨斯最高法院做出一致同意的判决(994 S. W. 2d635),它指出,"如果患者对某一较为确定的个体有明确的伤害威胁,而心理健康从业者未提醒相应的第三方,此时心理健康从业者并不承担疏忽责任"。伊诺克律师为法院陈述了这一观点,阐述说"我们不要强行把提醒第三方当心患者威胁的责任加在心理健康从业人员身上"……

与 1976 年塔拉斯夫舌战加利福尼亚大学董事们的加利福尼亚法院相反,1999 年在撒帕尔起诉杰诸卡案件中,德克萨斯法院规定保护第三方的责任……

……APA 没有将提醒的责任强加给心理健康从业者。在 1991 年通过有关 HIV 的决议中,即"关于保密和预防 HIV 传播的法律责任",APA 指出,有关保密性和预防 HIV 的传播的立法,保护第三方免受 HIV 感染的法律责任不应该是强加的。APA 还指出,如果建立了这样的法规,就允许泄密了。

> 只有当:(a)提供者(治疗师)确信他所确信的、可确证的第三方被感染的风险很高;(b)提供者有理由相信第三方完全值得怀疑正处于风险之中;(c)来访者/患者已经被要求告诉第三方,但是他/她拒绝了或者经判定他/她想通知第三方的意愿是不可靠的。(APA,1991)

从 APA 的立场来看,它将保密性放在首要的位置上来考虑问题,不论保密是否可能有伤害到第三方的危险。将信息泄露给"明确的第三方"的准许标准是很高的,这个"第三方"必须是心理健康从业者有"令人信服的理由"去担心它有"被感染的重大风险"的。此外,心理健康从业者必须有"合理的证据表明",第三方是"毫无疑问应当担心"他或者她是处于危险中的。这一立场似乎把责任从心理健康提供者身上转移到了第三方身上了。最后,只有在患者被说服愿意把信息告诉第三方后,才可公开患者的隐私信息。

在使用这些标准的情况方面,如果患者不愿意告诉朋友有关自己的 HIV 状况,那么泄密是不被允许的。在这种情况下,第三方是无法确认的。此外,虽然尚未确认的朋友不知道患者是 HIV 呈阳性反应,但是这也不能说明第三方"没有理由怀疑"他或者她是处于危险中的,因为不安全的性行为是传染 HIV 的风险因素已经是常识了。

总之,虽然对患者的朋友来说被感染 HIV 是很悲惨的,但是仍然不应该因为通知当局或者朋友而打破保密性……

……虽然心理学家主要关注的是公共健康和 HIV 的传播,但是心理学所提供的服务在鼓励个体富有责任心和鼓励个体形成更有道德的人际关系和性行为中也起着重要作用。因为如果心理学家不能在保密、信任、忠实和不歧视的理念指导下致力于为个体提供一个有助于其自我提升环境的话,那么将来公众就可能不再诉诸于心理学所提供的服务。从长远来看,如果心理学家的角色成为调查和维持治安而不是努力帮助患者,那么患者和公众的利益都会受到破坏。

当一个患者是阳性HIV又是一个性活跃者，中止保密约定

这种现实情况提出了一个基本的伦理两难，应该在几个维度上予以考虑。

……

伦理框架

……法恩和乌尔里克(Fine and Ulrich,1988)界定了两种主要框架，这两种框架都有自己特定的伦理原则，在这个伦理分类中，这两种主要框架分别是道义主义和效用主义，道义主义的观点出自于康德关于绝对命令的观点，即坚持把个体看作是"一种结果而绝非仅仅是一种手段"的绝对道德(p.543)。从这个角度来看，任何人的个人价值(individual value)都是伦理决策中所应该优先考虑的。并且"行为的道德规范是基于它自身的内在正确性，这种内在正确性不依赖于行为后果，因此它的主要原则是不允许有任何例外"(p.543)。

相反的，更加注重实际的效用主义的观点认为伦理决策应该吸取成本效益分析的观点，即在做出伦理决策时要考虑到各方面的影响："就整个世界来看，判断某一行为是否合乎伦理就在于，它会导致最大可能的良好后果或是最小可能的不良后果。"(Fine & Ulrich,1988,p.543)。

对于塔拉斯夫(Tarasoff,1976)的观点，法恩和乌尔里克(Fine and Ulrich,1988)认为大多数法官在某些情况下都是基于效用主义的理由进行裁决的，治疗师的社会责任感取代了患者保密的权利。他们指出，道义主义反驳了这种观点，即"建议在任何情况下都应坚持保密性，因为个人的隐私权是一种绝对道义，任何情况下都不能违反"(p.543)。

总是从理想主义的角度出发来解决两难问题似乎是道义主义本身存在着的固有弱点，如果两种道德绝对观点发生冲突，道义主义将如何解决这种矛盾？当然，绝对命令的思想似乎可以预先假定这种困境是不存在的，因为一种道德绝对观已经使其他考虑变得没有实际意义。因此，通过道义主义立场来处理两难问题似乎存在内在固有的缺陷。对个体而言，他只能将自己置身于两难情境，然后游离于两种道德要求之间。因此，道义主义倾向于认为治疗师是进退两难的——一边是患者的绝对保密权，另一边是第三方具有的防止受到伤害的绝对权，而治疗师处于两边夹攻之中。

另一方面，从效用主义的角度处理这个两难困境，认为在基本原则发生冲突时，应当允许且有必要考虑成本收益(cost-benefit)问题。这种效用主义的思想虽有"道德折衷"之嫌(Bersoff,1992)，但另一方面，它也主张在全面分析之后再进行道德决策。在这种情况下，一个效用主义的决策必然要权衡考虑两个极其重要的因素，一个是关于治疗师的角色，另一个是关于大众的社会责任。首先，正如研究者(Bersoff and Koeppl,1993)所认为的，治疗师有责任坚持保密性原则，这是心理学职业中的"基础价值"。保密性并不仅仅只是治疗关系的一个方面，它是信任的基础，是人际关系产生有益变化的巨大动力。因此，打破保密性的问题并不容易解决。也因此，伦理准则强调有必要将保密原则潜在的局限性在治疗一开始就尽可能清楚地向患

者挑明。这种挑明可以减小因后来违反保密性(治疗师认为的确有必要违反的情况下)而导致的破坏力。

在决定是否要破坏保密性原则的时候,治疗师必须考虑的不仅仅是决策自身的伦理性质,还要考虑破坏保密性对临床治疗的影响和对其他人生活的影响。前APA主席马克斯·西格尔(Max Siegel)在批判塔拉斯夫(1976)的裁决时指出,泊勒森杰特·珀达(Prosenjit poddar)的心理医生一个非常糟糕的决定破坏了保密性原则,"如果心理学家接受了保密性原则绝对不可侵犯的观点,他可能会继续对珀达进行治疗,并且挽救塔蒂亚娜·塔拉斯夫的生命,最终避免'塔拉斯夫决议'的产生(Siegel,1979,p.253)"。西格尔认为,当治疗师违反了保密性原则、破坏了信任关系时,他将无法继续对患者进行临床治疗,而只能使像珀达一样的患者变得更不情愿接受治疗,使"杀人意图"进一步恶化。

在涉及HIV的案例中,关系的破裂并非因蓄意的暴力威胁而导致,而是由于不负责任所带来的危害导致的。不过,对于第三方来说,他所考虑的风险在本质上是相同的。在效用主义观点看来,治疗师在形成治疗决策时不仅需要考虑违背信任本身的道德性质,还要考虑这种背叛对患者的行为所造成的影响。即便在治疗开始之初就已经明确关于保密原则可能的例外情况,但是一个善意的违反保密原则的行为很可能对治疗关系及其相关方面带来毁灭性的影响。比如,在这种情况下,告知尚未知情的患者的性伴侣关于患者的HIV现状,就往往会导致患者中止治疗,从而损害了治疗进程,甚至使整个治疗进程被全盘否定。它还可能使患者对治疗师产生深刻的怀疑,以至于他们在未来不愿意向任何人寻求帮助。此外,如果患者原来是冲动且情绪不稳定的,他可能会对违反保密原则的背叛行为做出愤怒的反击,以至于更加肆无忌惮的滥交,从而危及更多人的安全。

……

在这种情况下,对(患者)当前性伴侣造成伤害的"即刻风险"(immediate risk)的问题就出现了……当患者在描述他的那些无保护措施的肛交时,当患者谈及他所谓的"小心谨慎"就是在射精前拔出时,你会觉得对患者伴侣造成伤害的风险是如此真实而有兵临城下的感觉。在效用主义看来,这种风险的即刻性是一个强制性因素。考虑到HIV的潜在致命性,这种危险远大于其他任何临床和伦理方面考虑的因素。

最后,如果患者自己同意将信息告知其伴侣,治疗师必须判断患者言辞的可靠程度。虽然患者能这么做是最好的解决办法,但是鉴于他"疏忽"地与不知情的伴侣进行过多次无保护的性行为,去假设他会信守关于告知信息的诺言就显得过于天真了。此时,如果依赖于患者自己告知信息,将会使更多不知情的人受到危害。如果不知情的伴侣未被告知,而又与其他人发生不安全的性行为,这种因医生未确认患者言辞信息可靠性而导致的危险将变本加厉。

毫无疑问,不同的治疗师对上述的利弊分析是不一样的。此时,治疗师在考虑前所述及的诸多问题的同时,还应考虑潜在的反移情作用(countertransference)。例如,可能存在这样的患者,他与案例中的主角具有同样的性行为方面的问题,但他仍有可能在遵守信诺、积极地配合治疗建议方面有着良好的记录。此时,如果治疗师仍然坚持认为患者愿意主动披露病情的言辞是不可信任的,那么他就应当好好地反省一下自己是否受到某些因素的影响了,如,对同性恋的憎恶、种族歧视或者某些更

为特殊的反移情行为，这些因素使得治疗师在决策时出现不恰当的偏见，从而破坏了保密性原则。另一方面，反移情也可能使治疗师倾向于忽视或淡化可能对第三方造成的危险——如果治疗师觉得这一危险恰好威胁到了患者的某一积极形象，且该形象是治疗师着力维护的，就极可能出现这种情况。因此，要做出一个真正符合道德伦理的决定是要求经历一番自我剖析和背景分析的。在这之后，还要再结合一些伦理原则（派生于宏观的道德理论框架）和那些与决定直接相关的伦理准则对这一决定进行进一步的衡量。

伦理原则

……

……自主权，或自我决定的人权，是知情同意的关键所在，也是所有患者中心疗法的核心。但是该原则同时也存在自我限制性：自主权以不干扰他人自我决定的平等权利为界限。显然，在这种情况下，患者有权进行他所想要的性行为，而他的伴侣也有权了解 HIV 的风险。如果患者不愿意或者无法确定自己的界线，那么作为真正了解自主权的治疗师就应当帮助患者确定这一界线。这一决定表明另一个原则——家长式作风（paternalism），即当判断某人无法对自身事务负责时，代替其行事。当然，涉及公开患者信息的问题时，不伤害（nonmaleficence）和善行（beneficence）这两个相互关联的最基本的原则，它们分别要求治疗师不能对患者造成任何伤害，且要积极地为患者做有利的事。当然，如果说有利于或有害于患者是并存的，自我矛盾也将仍是不可避免的。

伯索夫和科珀（Bersoff & Koeppl，1993）攻击了伦理准则所体现的“目的论和效用论”性质，并在此基础进行了总结，这也正说明了伦理准则并未“公平地对待”那些它所基于的主要原则。这似乎是一个错位的理想主义。一方面伦理准则力图应用于现实世界，但那些主要原则却被明确地界定为是“不可实施的理想”。在实际的临床问题中，理想主义不断受到实际情境的复杂性和矛盾性的冲击，这也使得我们更倾向于选择而且必须更注重基于现实的伦理观念。因此，一个充满警告的伦理准则可能更具有直接的帮助，因为它考虑到更多变量，也就是说比起那些“崇高”的原则它更具效用性。

伦理准则

许多批评家批判了美国心理学会模棱两可的伦理准则。毫无疑问，这些准则包含了各种界定、注意事项和具有可解释余地的笼统措辞。当然，与此处所提及的伦理两难问题相关的那些伦理准则也无法给出明显“正确的”答案。“普通标准”中的标准 1.14，即避免伤害原则，指出美国心理学家们寻求的是“当伤害可预见、不可避免时尽量使伤害减少到最小”。这一指导思想关系到治疗关系，但是由于这一思想过于强烈地要求治疗师对任何人都要负起这种“仁慈”的责任心，反而使得治疗师很难在其基础上做出不披露（患者）信息的决定。

当然，如果在权衡了患者及其伴侣的风险后觉得不得不使治疗关系破裂，似乎仍必须把这种指导思想作为支持其披露患者信息的依据。

标准 5.02，保密原则，明确规定将尊重保密作为治疗师的“首要义务”。然而标

准5.03和5.05(尽量减少对隐私披露的干扰)对保密原则做了进一步的补充,认为可以告知“和事件明确相关的人员”保密信息。该原则指出:

> 心理学家只有在法律的强制要求下,或出于某一正当理由为法律所允准的情况下,方可不必考虑个体是否同意而直接披露其保密性信息……(3)为使患者或他人免于伤害……(5.05)

……尽管APA的伦理准则中与上述问题关系最密切的部分已经力求全面,但对于伦理两难问题仍然缺乏明确的解决办法。

为引导治疗师在面对这类两难问题时更好地做出决策,APA的公共利益董事会公布了“关于HIV/AIDS的决议”,作为伦理准则的补充。具体决议如下:

> (1)不应该强加(治疗师)保护第三方免受HIV感染的法律责任。
>
> (2)如果在考虑某一特定的法律的情况下允许泄密,那么当且仅当:(a)(治疗)信息提供者知道确定的第三方,并且这个第三方有足够的理由让人相信其他被传染的可能性非常大;(b)(治疗)信息提供者有理由相信第三方毫无疑问地处于危险中;(c)来访者/患者已经被极力劝说要告诉第三方,但他拒绝了,或认为他无法被真正确认是否的确愿意通知第三方。

虽然这些决议把伦理准则转化为具体明确的形式,使治疗师在面临是否披露HIV信息的两难处境时有据可依,但这种选择还是会受到基本限制的。对于是否泄露信息,基本的态度仍然是允许,但不能强求。

最后,由于缺乏明确的准则化的指导思想,效用主义式的分析在前所述及的情况中似乎更倾向于提醒患者的伴侣。以效用主义的逻辑框架为指导的治疗师往往会在联系患者的伴侣之前告诉患者该决定。但关于披露信息的这种做法还不够理想——鉴于患者在这一问题上的疏忽倾向,相信患者会自发地告知他人病情现状是缺乏职业道德的。总之,在综合考虑所有的理论原则、法律准则和利弊得失之后,作为一名有道德的医生,应当在更多地考虑人权的基础上去面对那些艰难的抉择。一言以蔽之:患者伴侣的保全自身生命的权利高于来访者维持信任的权利。因为后者是可以恢复的(尽管有些困难),而前者不能。

参考文献

American Psychological Association. (1991). *Legal liability related to confidentiality and the prevention of HIV transmission.* Retrieved from http://www.apa.org/pi/hivres,html.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (1998). *Resolutions related to HIV/AIDS.* Retrieved from http://www.apa.org/pi/hivres.html.

Bersoff, D. (1992). Explicit ambiguity: The 1992 ethics code as an oxymoron. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 382-387.

Bersoff, D., & Koeppl, P. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, *3*, 345-357.

Fine, M., & Ulrich, L. (1988). Integrating psychology and philosophy in teaching a graduate course in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 542-546.

Siegel, M. (1979). Privacy, ethics, and confidentiality. *Professional Psychology: Research and Practice*, *10*, 249-258.

Tarasoff v. Regents of Univeisity of California, 131 Cal. Rptr. 14, 551 P. 2d 334(1976).

Thapar v. Zezulka, 994 S. W. 2d 635(Tex. 1999).

评论：

研究发现，心理学家对同性恋的憎恶(homophobia)，与他们破坏对艾滋病个体的保密原则的可能性之间存在显著的正相关。研究者指出，比起临床因素，个人的偏见更容易影响到职业道德的决策。详见 McGuire J, Nieri D, Abbott D, Sheridan K, Fisher R. Do Tarasoff principles apply in AIDS-related psychotherapy: Ethical decision making and the role of the therapist homophobia and perceived client dangerousness. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995, 26: 608-611。

心理学家在保护第三方不受性传播疾病患者伤害的有关责任方面的文章，可参考：

Gray, L. A., & Harding, A. K. (1988). Confidentiality limits with clients who have the AIDS virus. *Journal of Counseling and Development*, *66*, 219-223.

Harding, A. K., Gray, L. A., & Neal, M. (1993). Confidentiality limits with clients who have HIV: A review of ethical and legal guidelines and professional policies. *Journal of Counseling and Development*, *71*, 297-305.

Kain, C. (1988). To breach or not to breach: Is that the question? A response to Gray and Harding. *Journal of Counseling and Development*, *66*, 224-225.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (1990). Application of the duty to protect HIV-positive patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 161-166.

Lamb, D., Clark, C., Drumheller, P., Frizell, K., & Surrey, L. (1989). Applying Tarasoff to AIDS-related psychotherapy issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 37-43.

Melchert, T., & Patterson, M (1990). Duty to warn and interventions with HIV-positive clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *30*, 180-186.

Stanard, R., & Hazler, R. (1995). Legal and ethical implications of HIV and duty to warn for counselors: Does Tarasoff apply? *Journal of Counseling and Development*, *73*, 397-400.

Totten, G., Lamb, D., & Reeder, G. (1990). Tarasoff and confidentiality in AIDS-related psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 155-160.

在曝光他人信息的欲望驱使下，安·杰克斯通(Anne Sexton)的女儿竟然授权将一名诗人与她的心理治疗师进行心理治疗时的一百多盒录音带公之于众，并将其作为一部传记的素材。伯克(Burke)提出了一个很有趣但却很少人过问的问题——在患者死亡后披露其隐私信息的伦理问题，以及是否应当在治疗的一开始就将这一伦理问题列为知情同意的一部分。详见 Burke, C. A. (1995). Until death do us part: An exploration into confidentiality following the death of a client. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 278-280.

伯克指出，"1992 年准则"未对如何处置已死亡患者记录的问题进行相关规定。看看在"2002 年准则"的相关条例中，这一问题是否得到修正。

标准 4.03—记录(心理学家在录音和拍摄图像前应该征求患者的同意)。

标准 5.04—媒体介绍(心理学家提供的公共意见应该符合道德标准)。

标准 6.02—保密记录的处理(心理学家应该事先做好各方面准备以便于对记录进行恰当的转换，以及当心理学家不再从业时能妥善地保护记录)。

有趣的是相似的规定在1992年准则(5.09)中特别提到对心理学家的死亡的处理,而现在却被删除了6.02(c)。

总之,上述的这些标准或条例中没有一项较深入地关切到患者死亡后如何处理记录的问题。有关这方面问题的更全面更深入的分析,见 Berg, J. (2001). Grave secrets: Legal and ethical analysis of postmortem confidentiality. *Connecticut Law Review*, 34, 81-122。

想了解有关道德伦理的实证性研究案例,见 Gavey, N., & Braun, V. (1997). Ethics and the publication of clinical case material. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 399-404。相关道德准则的条例在4.07。

最后,对于那些已经或准备在大学咨询中心工作的人员,还应了解一些其他方面的相关问题,下面这篇文献对此做了着重的阐述,例如,它指出了治疗师主要应当对谁承担责任(学生、学生父母、机构),还提供了学生在渴望获得保密上的一些惊人数据,并且对如何应对家长索要(孩子的)信息提供了一些实用的点子:

Sharkin, B. (1995). Strains on confidentiality in collegestudent psychotherapy: Entangled therapeutic relationships, inclidental encounters, and third-party inquiries. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 184-189.

多重关系

第五单元

1989 年,波利斯(Borys)和波普(Pope)调查了 2 352 名心理学家、社会工作者和精神病学家,他们当中仅 16 人认为“与当前来访者发生性行为”是道德的。同往年的版本一样,《2002 年美国心理学会守则》中,仅有的几条绝对禁止的条例之一是:禁止与当前来访者发生性关系。2006 年美国心理学伦理委员会报告指出“不端性行为在 2005 年的公开诉讼中占 50%”,是迄今为止发生频率最高的一类。

指控有职权的专业人员卷入到不恰当的性关系中,这唤起了舆论关注并吸引了公众的注意,这种情况在过去的十年里尤甚。这不仅让心理健康医生声名狼藉,还波及参议员、政府管理人员、总统以及最高法院的司法人员。

虽然来访者和咨询者之间的不恰当性关系是多重关系中报道最多、最麻烦的一种,但它相对来说是一种低概率事件。多重关系中还有许多其他的潜在形式,可能更需要去面对。这不仅是对治疗者而言,还包括研究员、测试者、监督员甚至教授。例如,如果一个木匠因为付不起他(她)孩子的心理评估费用,提出造一些书架代替心理学家的费用,该怎么办?如果一个研究被试向实验者发出约会邀请,该怎么办?教师可以邀请他们的研究生到家里参加社交聚会吗?如果入学委员会主席的一位亲密好友申请攻读该主席的博士,而且,这是在该领域内他(她)唯一能付得起学费的项目,那么入学委员会主席应该怎么做呢?如果病人想送不太贵重的礼物给他们的主治医生,该怎么办?一个心理学者可以在指导一个研究生的实习科目的同时,也同样担任这个学生的治疗师吗?伦理守则中明文规定的禁止条例,并不总能轻易地解决这些潜在的棘手问题。

所以,本单元的目的之一是描述心理学家在其工作场景(或扮演的角色)中,可能面临的种类繁多的多重关系。在了解这些知识的基础上,我致力于告诉读者:卷入多重关系的后果,并提供一些指导,以避免这类关系可能引起的伤害。

但本单元还有更多潜在而广泛的目的。例如,(讨论)读者关心的主题,如禁止与以前的来访者发生性关系。根据 2002 年伦理守则的 10.08 条,在治疗结束后两年内,性关系是被绝对禁止的。两年之后,也只有在治疗师能证明这种关系是非剥削的前提下,才能被允许。《1992 伦理条例》是 APA 公布的所有伦理规范中首次提出该规定的条例。并且,这项内容被视为一项主要的改革。在《2002 守则》中,该条例被保留下来。然而具有讽刺意义的是,该条例虽被接受了,却没有一个人真正满意(或许连美国心理学学会理事会的大多数代表也不满意,他们投票仅仅意味着一种妥协)。

尽管禁止治疗后两年内发生性关系的规定有助于“无伤害”这一伦理原则的发展，但这种关系没有被永久性地禁止，这使一些人非常恼怒，他们相信未来的任何非职业性关系的可能性都将伤害到治疗师和病人。另一方面，有人会争论任何的禁止都会构成“道德帝国”。因为典型的性双重关系涉及一位男治疗师和一位女病人，事实上，这个禁止条例，是不是构成了女权侵犯？因为它限制了女性选择进入这样一种关系的自由权利，因此把女性置于无权利的境地，而成为被动的受害者。

在更广泛的意义上说，人们可以追问，一条道德准则应该在多大程度上介入私人关系，尤其是非性关系。尽管人们承认，业内普遍谴责与当前或以前的病人有性关系或各种非性关系——因为下述材料所提供的，且被大多数心理学家所接受的所有原因——但这并不意味着不能理智而真诚地争论这个问题。介于本单元内容在知识上的争议性，在情绪上唤起性，使之更有利于争论，且这样的争论意义更大。

参考文献

American Psychological Association. (1990). Ethical principles of psychologists (amended June 2, 1989). *American Psychologist*, *45*, 390-395.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

APA Ethics Committee. (2006). Report of the ethics committee, 2005. *American Psychologist*, *61*, 522-529.

Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 283-293.

Gergen, K. J. (1973). The codification of research ethics: Views of a doubting Thomas. *American Psychologist*, *28*, 907-912.

心理学家如何识别、评估及处理令人左右为难的多重关系



◎ 道格拉斯·H. 拉姆，沙尔文多·J. 卡塔拉罗和安罗拉·S. 莫尔曼
(Douglas H. Lamb, Salvatore J. Catanzaro, and Annorah S. Moorman)

心理学家们在与来访者、被督导者或学生之间有职业关系的同时，可能意识或没有意识到，自己与同一个体之间还有着另一层角色或关系。大量学者已经讨论过导致多重关系(MRs)的预警和危险因素。而另外一些学者从无性的多重关系和边界越线的角度，提出了对普遍性伤害及剥削假设的挑战，并且讲述了这类越线的潜在益处。例如，拉扎陆斯(Lazarus & Zur, 2002b)呈现了反对双重关系的争论以及他们的辩驳。拉扎陆斯(Lazarus, 2002)争论某些无性的边界限制事实上降低了治疗效果。

尽管已经从多个角度讨论了与来访者、被督导者及学生之间的多重关系，所有这些关系显示出五个明显的特征。

第一，多重关系具有以下三种形式中的至少一种：(1)性关系；(2)非性的社会或职业关系，例如与以前的来访者吃饭或者雇佣当前的被督导者；(3)经济—生意关系，这类关系尤其可能发生在农村和小社区。

第二，有证据表明，属于专业关系范畴的某些行为(例如，非性的抚摸，心理学家的自我暴露)，可能增加性多重关系出现的可能性，这取决于这类行为发生当时的环境和情景(Brodsky, 1989; Folman, 1991; Gabbard, 1989; Lamb & Catanzaro, 1998)。

第三，多重关系，顾名思义，多种关系可能同时、连续发生，或是与建立起来的职业关系相重叠的方式发生。例如，为了卷入某种形式的多重关系，一种职业关系可能被故意中断，例如为了与来访者发生性关系而结束心理治疗(e. g. American Psychology Association [APA], 1988; Gottlieb, 1993; Lamb & Catanzaro, 1998; Lamb et al., 2003)。

第四，多重关系对于职业关系内的特定个体(例如，来访者、被督导者、学生)是不被限制的，但也可能应用于"该个体与某个与心理学家有职业关系的人有亲密关系或相关"而受到限制(APA, 2002, p. 1065)。例如在下述情形中，治疗师在治疗的过程中了解到，她(治疗师)目前的约会对象恰巧是来访者的前夫。

最后，卷入多重关系的性质确定了它是否道德。这决定于：(1)多重关系的性质(例如，禁止与当前的来访者有性关系，除此之外，不禁止其他类型的多重关系；(2)多重关系可能削弱治疗效果的程度；(3)是否存在对职业关系中的个体造成剥

削或伤害的危险(Brown,1994;Grabbard,1989;Lerman & Rigby,1990)。事实上,2002年美国心理学会伦理守则表明"不会引起治疗效果削弱以及没有剥削和伤害的多重关系是道德的"(p. 1065)。

尽管在概念上界定多重关系相对容易,但是临床实践表明,在多重关系发展的过程中,识别潜在的多重关系困难重重。而对卷入各种非性的多重关系是否道德的疑问,答案也意见不一(Anderso & Kitchner,1998;Lazarus & Zur,2002a;Lerman & Rigby,1990)。

参考文献

American Psychological Association. (1988). Ethics Committee Report. *American Psychologist*, *43*, 897-904.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*,*57*,1060-1073.

Anderson,S. , & Kitchener, K. (1996). Nonromantic, nonsexual posttherapy relationships between psychologists and former clients: An exploratory study of critical incidents. *Professional Psychology: Research and Practice*,*27*,59-66.

Anderson, S. , & Kitchener, K. (1998). Nonsexual posttherapy relationships:A conceptual framework to assess ethical risks. *Professional Psychology Research and Practice*,*29*,91-99.

Bartell, P. , & Rubin, L. (1990). Dangerous liaisons: Sexual intimacies in supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*,442-450.

Bersoff, D. (1999). *Ethical conflicts in psychology* (2nd ed.). Washington,DC: American Psychological Association.

Blevins-Knabe, B. (1999). The ethics of dual relationships in higher education. In D. Bersoff (Ed.),*Ethical conflicts in psychology*(2nd ed., pp. 263-265). Washington, DC: American Psychological Association.

Brodsky, A. S. (1989). Sex between patients and therapists:Psychology's data and response. In G. Gabbard(Ed.),*Sexual exploitation in professional relationships* (pp. 15-25). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brown,L. (1994). Boundaries in feminist therapy. *Women and Therapy*,*15*,29-38.

Campbell, C. , & Gordon, M. (2003). Acknowledging the inevitable; Understanding multiple relationships in rural practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*,430-434.

Ebert,B. (1997). Dual-relationship prohibitions: A concept whose time never should have come. *Applied and Preventive Psychology*,*6*,137-156.

Faulkner, K. , & Faulkner, T. (1997). Managing multiple relationships in rural communities:Neutrality and boundary violations. *Clinical Psychology: Science and Practice*,*4*,225-234.

Folman,R. (1991). Therapist-patient sex: Attraction and boundary problems. *Psychotherapy*, *28*, 168-173.

Gabbard,G. (Ed.). (1989). *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington,DC:American Psychiatric Press.

Garrett,T. (1999). Sexual contact between clinical psychologists and their patients:Qualitative data. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,*6*,54-62.

Gottlieb, M. (1993). Avoiding exploitative dual relationships:A decision-making model. *Psychotherapy*, *30*,41-48.

Gutheil,T. , & Gabbard,G. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*,*150*,188-196.

Lamb,D. (1999). Addressing impairment and its relationship to professional boundary issues. *The Counseling Psychologist*,*27*,702-711.

Lamb, D. , & Catanzaro, S. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients,supervisees,and students:Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*,*29*,498-503.

Lamb,D. ,Catanzaro,S. , & Moorman, A. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients,supervisees,and students:Occurrence, impact, rationales, and collegial intervention.

Professional Psychology: Research and Practice, *34*, 102-107.

Lamb, D., Strand, K., Woodburn, J., Buchko, K., Lewis, J., & Kang, J. (1994). Sexual and business relationships between therapists and former clients. *Psychotherapy*, *31*, 270-278.

Lazarus, A. (2002). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. In A. Lazarus & O. Zur(Eds.), *Dual relationships and psychotherapy*(pp. 25-31). New York: Springer.

Lazarus, A., & Zur, O. (Eds.). (2002a). *Dual relationships and psychotherapy*. New York: Springer.

Lazarus, A., & Zur, O. (2002b). Six arguments against dual relationships and their rebuttals. In A. Lazarus & O. Zur(Eds.), *Dual relationships and psychotherapy* (pp. 3-24). New York: Springer.

Lerman, H., & Rigby, D. (1990). Boundary violations: Misuse of the power of the therapist. In H. Herman & N. Porter(Eds.), *Feminist ethics in psychotherapy*(pp. 51-59). New York: Springer.

Milgrom, J. (1992). *Boundaries in professional relationships*. Minneapolis, MN: Walk-in-Counseling Center.

O'Connor-Slimp, P., & Burian. B. (1994). Multiple role relationships during internship: Consequences and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 39-45.

Pipes, R. (1999). Nonsexual relationships between psychotherapists and their former clients: Obligations of psychologists. In D. Bersoff(Ed.), *Ethical conflicts in psychology*(2nd ed., pp. 254-257). Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. (1994). *Sexual involvement with therapists*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K., & Vasquez, M. (1991). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rubin, S. (2000). Differentiating multiple relationships from multiple dimension of involvement: Therapeutic space at the interface of client, therapist, and society. *Psychotherapy*, *37*, 315-324.

Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 499-506.

Stamler, V., & Stone, G. (1998). *Faculty-student sexual involvement: Issues and interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Williams, M. (1992). Exploitation and inference: Mapping the damaging effects from therapist-patient sexual involvement. *American Psychologist*, *47*, 412-421.

Williams, M. (1997). Boundary violations: Do some contended standards of care fail to encompass commonplace procedures of humanistic, behavioral, and eclectic psychotherapies? *Psychotherapy*, *34*, 238-249.

评论：

桑尼(Sonne,1994)指出，最复杂的多重关系的定义包括这样一些情况，如心理学家在不止一种职业关系下行使其职责，也指心理学家同时在一种职业角色和另一种显然是敌对的角色(受限制而不计后果的角色)中行使职责，且这些情况可能同时或继时发生(p. 336)。

波普(Pope,1991)提出了类似的定义："当治疗师与他(她)的一个病人发展了另一种明显不同的关系时，双重关系……发生了。更为普遍的是，第二种角色是社会性、经济性或职业性的"(p. 22)。正如定义所揭示的，第二种角色不必是性方面的。包括如下情形：

(1)治疗师雇佣他的病人作为他的记录员；

(2)病人邀请治疗师和她/他的配偶在病人的度假山庄共度一周；

(3)治疗师养了几条洛特维勒牧犬当作宠物，卖了其中一条狗给他的病人作为陪伴；

(4)治疗师正治疗一位有职业压力的律师。这个治疗师同时想

与她的丈夫办理离婚手续，他们同意交换职业服务；

(5)一个有恐高症的木匠寻求心理治疗，但是他只能付一个疗程的钱，而且他没有保险。治疗师建议木匠为他家的书房造一些书架，用于抵付认知行为治疗的若干疗程。

这里的议题是识别多重角色及其引发的伦理问题。另一个类似的例子，见(Koocher & Keith-Spiegel，1998)。

两位早期的专家，桑尼(Sonne，1994)和波普(Pope，1991)对多重关系的定义有助于理解这个概念。《2002 年伦理守则》提出了美国心理学学会所下的正式定义：

> 多重关系表现为心理学家与某人有职业关系，同时(1)与这个人具有另一种关系；(2)与一个和心理学家有职业关系的人有密切联系或关联；(3)承诺将来与来访者或和来访者有密切联系的人发展另一种关系(Standard 3.05，p. 1065)。
>
> 根据条例第 3 章第 5 条，并非所有的多重关系都是不道德的。只有"可以有根据地预测多重关系将削弱治疗师的客观性、能力或治疗效果……或者冒险和伤害"(p. 1065)，这样的多重关系才是不道德的(APA，2002)。

根据上述定义判断以下条目是否为典型的不恰当的双重关系。按照五级量表划分等级：1 = 完全不道德的；2 = 在极少数情况下是道德的；3 = 有时是道德的；4 = 在大多数情况下是道德的；5 = 完全道德的。

- 接受价值低于 10 美元的礼物；
- 接受来访者的邀请出席某些特殊场合；
- 接受一种服务或一件物品作为治疗费用；
- 出售一件物品给来访者；
- 接受一件价值超过 50 美元的礼物；
- 为一名雇员提供治疗；
- 治疗终结后与来访者发生性行为；
- 向来访者暴露近来个人压力的细节；
- 邀请来访者到办公室或诊所的一个敞开的房间；
- 雇佣一个来访者；
- 一个治疗阶段结束后与来访者出去吃饭；
- 从来访者那里买东西或接受服务；
- 与当前的一名来访者发生性行为；
- 邀请来访者参加私人聚会或社交聚会；
- 给正在进行治疗的来访者的朋友或爱人提供私人治疗；
- 给当前的学生或被督导者提供治疗；
- 允许来访者为了成绩而注册为某班级的学员。

读者们可以把自己的结果与一项对 1 108 个精神卫生专业人员调查的结果(Borys & Pope，1989)进行比较。大多数的回答者认为绝对不道德行为只有 5 项(按不道德程度由大到小排序)：与当前的一名来访者发生性关系；买东西给来访者；与已经终结治疗的来访者发生性关系；邀请来访者参加社交聚会；为自己雇员提供治疗。没有一种行为被公认为是不道德的。这个数据提

出了什么问题?

怎样决定或判断一种特殊的多重关系是不道德的?桑尼(Sonne,1994)在上述引用论文中提出了以下观点:

> 在有下列因素存在的情况下,多重关系可以被认为是不道德的:在占主导地位的职业关系之外,存在着另一种关系,可能削弱治疗师所预期的效果或者削弱职业关系中治疗师的职责;可能剥夺来访者应有的权利;可能破坏来访者在职业关系中的情绪卷入……简而言之,凡是影响、削弱治疗师和来访者之间职业关系的多重关系都是不道德的(p.339)。

因此,桑尼争论剥削和危险因子是不道德的多重关系的核心。同样,《APA伦理守则》只把那些具有剥削性和伤害性的多重关系定为不道德。但某评论员采取了一种相反的观点,把剥削性定义为蓄意利用他人以达到某种目的。

> 剥削性(exploitation)这一术语应用于伦理标准是无力的。剥削性概念含糊,而且对于来访者的伤害是间接的。我们应该把注意力集中在对来访者的伤害上。如果治疗师的行为对来访者造成了伤害,意图就成为了次要问题……治疗师可能无意中利用初始治疗关系之外的其他关系避免对来访者造成伤害。因此剥削性不应该成为这类问题中的焦点概念。当对来访者的伤害发生在剥削性以外的领域时,治疗师不应该以环境为借口开脱自己的责任。如果是非伤害性的剥削,治疗师不应受到责备(Cottone,2005;Lamb,et al.,2004)(p.6)。

"《2002伦理守则》中仍然很含糊的是,心理学家如何确定一个特定行为会引起削弱、剥削,或可能会引起伤害"(p.253)。正如下文中专家所指出的那样,其他学者强调把边界违反作为确定多重关系的方面。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*,1060-1073.

Borys, D.S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: research and Practice*,*20*,283-293.

Cottone,R. R. (2005). Detrimental therapist-client relationships—Beyond thinking of "dual" or "multiple" roles: Reflections on the 2001 AAMFT Code of Ethics. *American Journal of Family Therapy*,*33*,*1-17*.

Koocher,G., & Keith-Spiegel,P. (1998). *Ethics in Psychology*(2nd ed., pp. 177-195). New York: Oxford University Press.

Lamb,D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2004). A preliminary look at how psychologists identify, evaluate, and proceed when faced with possible multiple relationship dilemmas. *Professional Psychology:Research and Practice*,*35*,248-254.

Pope,K. (1991). Dual relationships in psychotherapy. *Ethics & Behavior*,*1*,22-34.

Sonne, J. (1994). Multiple relationships: Does the new code answer the right questions? *Professional Psychology:Research and Practice*,*25*,336-343.

临床实践中的边界概念：理论和风险管理的维度 2

⊙ 托马斯·G. 加瑟尔和格雷·O. 加伯尔德(Thomas G. Gutheil and Glen O. Gabbard)

……

角 色

角色边界(role boundaries)是构成边界问题的核心。为了将这一实体概念化，有人可能会问，“这就是治疗师要做的吗?”尽管这属于意识形态的问题，但它就像试金石，不仅对识别临床角色问题有用，还成为避免“角色违反”(role violation)缺陷的导向性的有用工具。

> 在治疗师的办公室里，一位中年来访者，为了表明她对自己的处境感到多么悲愤，从自己的椅子上跳起来，跪在治疗师的脚下，握住其双手，哭诉道：“你明白这对于我来说有多糟糕吗?”治疗师轻轻地说道：“你明白的，这里所发生的一切，真的很有意义——但这不是治疗；请你回到座位上。”来访者回到座位上，然后开始用语言叙述事件。

尽管设置这样的限制对于一些临床治疗师来说，可能是粗鲁无礼的，但是这种限制也许是终止边界—违反“行为”(尤其对于冲动的或者急性类型)的唯一恰当的反应。还能使行为本身成为治疗的一部分被分析。

……

时 间

当然，时间也是一个边界。限制每个疗程的时间的同时，也提供了(要遵循的)结构，甚至对许多患者来说是牵制，因为他们不得不体验由回忆带来的各种压力，而且只有在设定的时间中才要这样。治疗阶段的开始和结束——开始(或结束)迟了或早了——二者都容易跨越边界。这类跨越可能是敏感的或赤裸裸的。

> 一位男治疗师在不固定的时间，来医院看望他长期住院的女病人，例如凌晨2:00到6:00，这个安排是由合理化的时间表规定的。这种关系最终成为了公开的性关系。

……

……从风险管理的角度来看,可以观察到病人把自己强烈的性欲望转移到治疗师身上的最佳时间,可能的话,是在“高峰期”,即治疗师被其他人(如秘书、接待员和其他病人)包围的时候……

地点和空间

几乎所有的治疗地点都是在治疗师的办公室或者医院的一间屋子里;在下一节中将会叙述某些例外的情况……

一些地点的界限跨越可能具有建设性的作用……

> 分析师刚开始答应出席接受精神分析者的婚礼,后来又拒绝了,理由是他的出席会导致不恰当的注意力转移。后来,接受精神分析者的第一个孩子死了,分析师出席了葬礼。结婚场合的缺席和葬礼的出席都让接受精神分析者感受到了帮助和支持。他们后来都同意参加婚礼的最初计划是一个错误。

这个例子的教训是,违反界限的事可以因进一步的思考和讨论而得以纠正。很多时候,来自治疗师的道歉是适当的,甚至是必需的……

通常办公室外发生的故事有助于进行特别详细的考察。在家访成为社区精神治疗运动的核心成分的今天,职业氛围的一个转变是,建议现代临床治疗师最好在异性陪伴下进行家访,这是一项有价值的服务,还可用文件将事件的细节保留下来。

午饭时间的治疗是违反界限的最普遍的形式。这种事件的一种普遍方式是跨越界限越来越多,最终以不恰当的性关系而告终。尽管临床治疗师们常常提出声明,治疗是正在进行着的,因此,显然是一种很单纯的社会行为;但是对于评判委员们来说,它看起来不像是治疗。午饭时间的治疗之后频繁地紧接着晚饭时间的治疗,然后就只是晚饭,然后是其他的约会行为,最终卷入交往。

车里的治疗是地点违反的另一种表现。典型的例子是,治疗师在不同情况下开车送来访者回家。然后治疗师和来访者停车(例如在来访者的家门口),并且以可能的治疗对话告别。从事实发现者的角度来看,许多令人激动的事情发生在车里,但是治疗通常不属于其中一种。

然而,当我们考虑其他治疗形态时,问题的复杂性增加了。例如,在某些特定的环境下,行为学家不算是违反界限:陪伴来访者坐在车里,陪伴来访者乘电梯,乘飞机,甚至去上公共厕所(在膀胱害羞症(害怕去公共厕所撒尿)的治疗过程中,这些都是作为某种特定恐惧症的治疗计划的一部分。现存的一系列的职业文献、临床依据以及威胁—获益说明书等,都有助于保护临床治疗师的治疗努力不被误解。

钱

考虑到治疗关系的商业性质,钱也是一种边界。治疗不是爱,是工作。治疗师拿到的费用是临床工作中可以获得的唯一恰当的、被允许的物质满足。事实上,有些人对此可能会有争论(Epstein & Simon,1990)。来访者和临床治疗师对这种区分

存在争议(Krueger,1986),但是咨询经验清楚地表明,当治疗师停止把治疗当作工作进行思考时,也就是麻烦开始的时候。

另一方面,大多数临床治疗师在治疗贫困来访者时学会了交易,他们感到需要通过免费看望来访者以回报他们的欠账。注意,这个“决定”——免费看望来访者并与来访者讨论这个问题——远不同于简单的降价或者允许欠账。后续的例子属于越界,也许是违反……

直至今天,在乡村,可能仍采取物品交换的形式给治疗师付费。……对于流动的治疗师来说,这种行为产生了一些问题,因为它模糊了付钱和礼物之间的界限……。临床医生应该采取以下做法中的一种,要么合理收费,或者做出“决定”只收取很少的费用(如 1 美元)或不收费。物品交换让人混乱,也让人难以区分。当然,所有这类决定均要求文件记录。

礼物,服务及其相关问题

> 一位来访者在与她的治疗师会晤时变得非常忐忑不安,并且开始哭泣。治疗师递给她一张纸巾的同时,拿出一个丁字形的皮革盒子,里面装着一包纸巾。来访者抽取一张纸巾后,治疗师鼓动道,“你为什么不留着这个盒子呢?”在后来的治疗中治疗师开始明白,这个给来访者的“礼物”是一种无意识的贿赂,意在转移治疗师透过来访者悲伤的表面而感受到的愤怒。

这种礼物也是一种边界违反,它将病人置于不能识别的职责和一种冲动性行为之中。一个相关的边界违反是治疗师为了自己的利益,利用来访者的帮助或服务,正如西蒙(Simon,1989)的令人惊讶的插图说明:

> 在最初几个月的……心理治疗,来访者替治疗师归还图书馆的书“作为帮忙”。……来访者开始付不起治疗费,因此她愿意——在治疗师的建议下——每星期为治疗师打扫一次办公室抵付部分治疗费。来访者还愿意在每阶段的治疗前,为治疗师在附近的熟食店买午餐(p. 106)。

这些带有明显剥削性质的界限违反撕毁了所谓治疗是为了病人利益的伪装。

> 一位长期接受治疗的病人多年来不懈与不孕做斗争,克服重重困难才最终领养到一个小孩。两年之后,她出乎意料地怀孕并生下一个孩子。她的治疗师,欣赏她的毅力和这件事本身的意义,到医院送花恭喜她。

在这个案例中,治疗师采取社会习俗的一种方式——尽管技术上说是界限违反——却代表的是对真实关系的恰当反应。同样的例子如为哭泣的来访者递上一张纸巾,向逝者表达哀悼,都是恰当的反应,不属于治疗关系的越界。

衣 服

衣服是社会性界限的代表。在治疗情景下,违反着装规定通常是不恰当的。治疗师的衣着太暴露或具有诱惑性,可视为对来访者具有潜在伤害的界限违反。

伯尔尼(Berne,1972)指出男性治疗师常犯的一个技术性错误是,面对一个裙子高高翻起的病人,开始向她讲述自己对这种事情的性幻想反应。伯尔尼建议直接对来访者说:“把你的裙子放下来。”类似的直接界限设置显然也适合那些(精神上或意愿上想挑逗的)在办公室就开始脱衣服的来访者。同先前一样,用平静的语调说,“这种行为是不恰当的,这不是治疗;请穿上你的衣服”,这样才是一种理性反应。

语　言

几十年前,为了使精神治疗“人性化”和“去神秘感”,人们做出了可嘉的努力,其中直呼来访者的名字(而非姓)非常流行。这种做法确实传达给来访者更大的热情和亲近,可它同时又是一把双刃剑。因为总存在这样的可能,即来访者因直呼其名字,可能会把职业关系误解为社会性的友谊关系(Epstein & Simon,1990)。有些实例可能很好地证明了直呼名字是恰当的。但是治疗师必须考虑清楚,自己是否创造了一种亲密的错觉,那会带来严重的后果……

……而称呼姓则强调这个过程是工作或商业性质的,这样的氛围可以促成一种有价值的成熟取向,将违界行为最小化。除此之外,如果治疗师像家人般地称呼来访者,可能会不经意地造成对治疗师的移情,因为边缘性病人有形成严重精神病移情的倾向。然而,从平衡的角度回想看看,称呼姓听起来会十分生疏、正式和疏远……

自我暴露及其相关问题

治疗师的自我暴露一直都是一个界线,很少有临床治疗师对此有争议……。治疗师开始纵容一些轻微的自我暴露时,就是一种暗示,应该对自己偏离正常治疗状态的动机进行仔细地自我审查……

自我暴露是一个复杂的问题。显然,治疗师可能偶尔会用自己生活中的一个中性例子来说明某个观点。然而,治疗师的自我暴露,如私人性的(如幻想、梦)、社会性的(如性、经济情况)、特别的假期计划、家人的预产期或死亡等,这些信息常常会增加来访者的负担,同时又是来访者最想被暴露的幻想。对这个问题有些争议:许多来访者(令人惊讶的是还包括一些治疗师)相信他们在某种程度上有权知道这类信息。不管怎么说,这是一种界限违反,况且这些可能被作为提出和支持不当性行为的法律依据。会这样推理,即来访者对治疗师的隐私这么了解,他们一定很亲密……

最后,违反边界还可能表现在别的方面。例如,治疗师为了个人利益使用治疗阶段的数据,如内部的股票交易信息,借此在真实生活中获取巨额利益,等等。

身体接触

……治疗师对患有AIDS或血清呈阳性的HIV来访者进行治疗时,通常会在治疗开始时采取一些良好的方式(如拍背、捏胳膊、拍手)表达接触病人的意愿。他们

认为这些病人感到自己受歧视,在这类治疗中应提倡这种治疗性的接触。但即使是这样人性化的干预也必须仔细考察,并用文件记录下来,以预防对当今的(治疗)潮流产生误导。

从现有的风险管理原则的角度看,握手是当今社会性生理接触的界限。当然,一位经历了7年强烈、透彻、成功的治疗的来访者,在治疗的最后一个阶段,想与治疗师在治疗室里拥抱一下,不应该被拒绝。但对多数来访者来说,拥抱行为是不鼓励的,可以通过得体而温和的方式拒绝,如语言、肢体语言、姿势等。尽管在多次做出不鼓励的努力后,来访者仍故意或挑逗地抱着治疗师,恰当的行为反应是向后退,抓住并交叉来访者的双腕,这样交叉的双腕形成身体之间的障碍,然后坚定地说:"治疗是一种谈话关系;请坐下,这样我们可以谈谈(为什么)你不能再这样做了。"如果这种行为演变成抓,就要认真考虑终结治疗或转介,可能的话转给一位与自己性别不同的治疗师。

如果来访者把包含身体接触的治疗贴上标签如"罗夫按摩治疗法",该怎么办?假设边界行为发展到身体接触的界限,而来访者期望这样,并签署了同意书;因此,并没有实质性的违反发生。但按摩治疗师可能要与类似的问题抗争。在其他意识形态下,这个问题会再一次成为界限违反的一种表现:

> 一位治疗师声称,她的学校实践包含在每个治疗阶段的开始和结束时拥抱她的女病人,这没有明显的害处,但最终因来访者不服从治疗计划,不得不终结治疗。这位被激怒的来访者控告治疗师有不当的性行为。尽管证据表明其申诉很可能是假的(一项因对治疗师的愤怒而诱发的令人怀疑的诉讼),这项申诉得到受理,因为陪审团不会接受"开始和结束有拥抱而过程中没有"的原则。如果这个申诉真是假的,这也仅仅是基于边界违反的一种解决。

在另一水平上,这个案例很好地表明了,非性关系的界限违反也会给来访者带来和性关系违反一样的伤害。为了不让来访者因童年被剥夺带来的怨恨和悲痛而陷入哀伤,治疗师会拥抱来访者,这是想提供一种通常来自父母的身体接触。随后,来访者会觉得有权得到更多的关心,并推测,如果拥抱是被允许的,那么其他愿望也会被满足……当真的发生了身体接触时,心理治疗中象征和具体之间重要的区别就消失了(Casement,1990),来访者可能觉得内心强烈而幼稚的渴望最终也会得到满足……

参考文献

6. Simon, R. I. (1989). Sexual exploitation of patients: how it begins before it happens. *Psychiatry Annals*, *19*, 104-122.
21. Casement, P. J. (1990). The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, *10*, 325-346.
28. Epstein, R. S., & Simon, R. I. (1990). The exploitation index: an early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *54*, 450-465.
29. Krueger, D. W. (Ed.). (1986). *The Last Taboo: Money As Symbol and Reality in Psychotherapy and Psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel.
32. Berne, E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*. New York: Grove press.

评论:

继古西尔和贾巴德(Gutheil & Gabbard, 1993)、奈浦和斯莱特利(Knapp & Slattery,2004)区分了边界跨越和边界违反。他们说,边界跨越发生在"当一个从业者背离了严格意义上的职业角色的任何时候"(p. 554)。例如,接受一个代币礼物"可能是有益的、有害的,或是中性的……。一旦把来访者置于受害的危险情形,边界跨越就将成为边界违反"(p. 554)。例如,过度自我暴露(见 Knapp & Slattery, 2004; Shpiro & Ginzberg, 2003),该文讨论接受来自现有、以往来访者和同事的提名的危险。

其他学者相信"使用'边界'作为唯一的比喻,指导理解职业帮助者和来访者/病人之间的道德联系是有问题的"(p. 78)(Austin, et al., 2006)。本章稍后部分,我将介绍一种观点(如,Lazurus 的摘录),奥斯汀等争论道:

> 以严格而难处理的边界来保障专业帮助中的道德行为,可能是一个适宜的方式。然而,它是虚假的适宜。固定而通用的标准难以涵盖现实中治疗关系的复杂性。标准化的准则用于指导伦理实践无疑是有价值的,但显然还不够。从业者需要遵从伦理守则及其纪律标准,但他们必须做得更多。他们需要在治疗的道德情景中不断地留意自己的行为。他们还必须留意同事的行为,留意纪律对未来成员的道德教育的影响方式(p. 91)。

从经验上,心理学家们对与来访者有性关系的临床治疗师的性格特点知之甚少。然而十年前,两位以色列心理学家(Somer & Saadon, 1999)访问了以前的来访者,他们暴露出与其治疗师发生过性关系。下面是一些相关发现:

> 以前的来访者描述了下列治疗技术:13 次传统的精神动力治疗,5 次表达治疗,4 次支持治疗,3 次认知行为治疗,以及 2 次咨询……违反道德准则的治疗师的平均年龄是 47.5 岁(SD = 9.3),他们的年龄跨度为 30 ~ 70 岁。来访者的年龄范围为 19 ~ 46 岁,平均年龄 32.5 岁(SD = 8.5)(p. 505)(Somer & Saason, 1999)。

最近,在一项向 1 000 名临床和咨询心理学家进行的自我报告调查(Lamb, Catanzaro, & Moorman, 2003)中,368 名作了回复,其中 13 名(3.5%)报告在职业关系中至少有一次性边界违反,作者发现:

> 这些个体……得到更长时间的心理服务,相比那些没有这类行为的对照组的心理学家而言(M = 19.27 年 VS. 16.94 年),尽管差异没有达到显著性水平。此外,尽管两组中的大多数心理治疗师已经结婚,那些卷入到受禁止的关系中的治疗师更可能是未婚的(65% VS. 75%)。两组在其他人口统计学变量上没有显著差异(p. 104)。

在同一研究中,拉姆等发现回复者中有 36 位(10%),报告在他们自己的治疗、督导或教育过程中至少有一次性遭遇事件。然而,"只有一位男性报告称来访者和治疗师双方都是违反者"(p. 104)。近来的一项研究结果"强有力地表明孩童时代遭遇过严重的性虐待[对治疗师而言]是这些惊人的犯罪行为发生的一种重要原因"(p. 203)。

在杰克逊和纳托尔(Jackson & Nuttall,2001)对323名社会工作者、精神治疗师和心理学家的调查中,他们发现调查中的8.6%报告与来访者有性行为,15.8%(38个中有6个)的男性心理学家报告有这种行为。尽管如此,"心理治疗师中的不当性行为的真实比例不为人知"(p.445)。部分原因是由于从来访者那里搜集性亲密关系数据的方法有问题(Williams,1992)。

综述资料显示治疗师和非来访者之间的性亲密关系流行,如学生,接受督导者及受教授指导选课的学生(Lamb, Catanzaro, & Moorman,2003)。尽管在多数相关研究中,拉姆和卡坦扎罗(Lamb & Catanzaro,1998)指出,心理治疗师的自我报告中承认至少有一次亲密性行为的各有6%和3.5%。这些自我报告显示出这类事件发生的概率有降低趋势。我们需谨记所有自我报告研究均存在方法论的问题,注意以下数据:

(1)1977——在一项对1 000名心理治疗师(回收率=70%)的研究中,12.1%的男性治疗师和2.6%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Holroyd & Brodsky,1997)(不包括同性)。

(2)1979——在一项对1 000名心理治疗师(回收率=48%)的研究中,12%的男性治疗师和3.0%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Pope, Levenson & Schover,1979)。

(3)1986——在一项对1 000名心理治疗师(回收率=59.5%)的研究中,9.4%的男性治疗师和2.5%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Pope, Keith-Spiegel & Tabachnik,1986)。

(4)1986——在一项对5 574名精神治疗师(回收率=26%)的研究中,7.1%的男性治疗师和3.1%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Gartrell et al.,1986)。

(5)1987——在一项对1 000名心理治疗师(回收率=46%)的研究中,3.6%的男性治疗师和0.4%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Pope, Tabachnik & Keith-Spiegel,1987)。

(6)1988——在一项对1 000名心理治疗师(回收率=39.5%)的研究中,3.5%的男性治疗师和2.3%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Akamatsu,1988)。

(7)1989——在对4 800名心理学家、社会工作者和精神治疗师(回收率=56.5%)的调查中,0.9%的男性治疗师和0.2%的女性治疗师报告与来访者有性关系(Borys & Pope,1989)。

怎么解释这一显著的下降趋势呢?这是调查中方法上的不同造成的,或是因为来访者和治疗师间的性犯罪行为趋势的上升(见本章附加材料),或是这种行为真正的下降了,还是由于其他原因?

根据本章目前所涉及的问题和争论,读者可以从第2章和第3章关于性取向的双重关系事例的讨论中获益,也可以参考霍尔(Hall,1987)所假设却真有其事的案例。

> 一位全职心理学家专门从事私人婚姻问题的治疗。20年的私人治疗里,他成功解决了来访者的婚姻问题,但是没能解决自己的。因为他一周工作60~70个小时,没能留意到自己的问题。
>
> 他的秘书为他安排好在5点接见一位新来访者,一位35岁已婚的妇女。这位来访者让他印象深刻的是她需要某人肯定她的价值。几个阶段的治疗后,她承认其困扰是父亲把她当小孩,以及同丈

> 夫之间不合谐且带强迫性的性关系。3个月过去了,这位心理治疗师发现每周自己都在期待着见这位来访者,并且开始感觉到她的性吸引(p.575)。

霍尔(Hall,1987)建议这位男性心理治疗师可以作出以下选择:

(1)否定来访者的吸引以及“他们相互的弱点”,继续接见来访者;

(2)向同事咨询,寻求同行督导;

(3)告诉来访者与她建立性关系是不道德的,因此,他必须立即终结治疗关系;

(4)告诉来访者与她建立性关系是不道德的,建议她终止治疗,转介另一位治疗师,他们可以在一段适当的时间之后再见面;

(5)转介给另一位治疗师,并向来访者解释他不能帮助她,因为另一位治疗师对她更有益。然后他再为自己寻求治疗。

在这种情况下发生了什么样的界限违反?2002年美国心理学学会伦理守则中哪些标准适用?这些选择中的哪一条与道德标准一致?哪些选择是不道德的?哪些反应了判断力差?霍尔对每个选择有自己的观点,详见霍尔的原文。

值得注意的是,霍尔没有列出这样一个选择,即治疗师经过仔细评估后得出结论,来访者不是精神病患者,有能力作出负责任的判断,可以和来访者彻底坦诚地讨论这个问题,然后决定(在来访者同意的情况下)与她开始一段社交的或恋爱的关系,同时继续治疗。有没有任何一种情况使得这种选择是道德的?来自波普、桑尼和霍尔罗艾德(Pope,Sonne & Holyroyd,1993)的回答代表了业内的共识:

> 没有一种情况允许治疗师与来访者发生性关系。无论什么情况,无论来访者是谁,无论来访者说了什么,做了什么,无论治疗师或来访者感觉怎么样。治疗师—来访者性亲密关系在任何情况下都是错误的,都是必须避免的(p.180)。

如果你需要一个悲剧性事例来证明与来访者发展一段恋爱关系有多么危险,请看下面这个案例。1973年,一位15岁的女孩苏珊(Susan)向弗兰克·波尔克(Frank Polk)寻求治疗,这位治疗师比她年长26岁。他们开始性关系,并最终于1982年结婚。2001年苏珊·波尔克提出离婚,却把教育他们三个孩子的责任推给了他的丈夫。一年之后,她将其丈夫刺死,宣称她当初还是他的病人时就被他强奸了,杀死他是出于自卫。然而,法官判她有罪,至今她已在监狱里服刑16年(McKinley,2006)。

尽管如此,在我上述提及的情况下,有没有人对波普(Pope,1993)的断言提出任何合理的辩论?

尽管人们对与当前来访者有性亲密关系问题几乎达成共识,但是业内确实在绝对禁止与先前来访者有性亲密关系上存在分歧。在一项调查中,瑟尔等(Sell et al.,1986)发现伦理委员会受理的54个案例以及国家授权理事会受理的48个案例属于性亲密关系。在这些案子里,没有一位心理治疗师是无罪的,因为判决组成员们相信治疗师有足够的时间终结治疗或进入性关系。然而,他们也发现陪审团成员中有少数的人制定了关于确定是否允许心理学家与前来访者建立性关系的条例。瑟尔等促使美国心理学学会对伦理守则进行了修订,绝对禁止心理治疗师与来访

者之间的性亲密关系,不管是当前的还是先前的来访者。

在后来的一项对美国心理学会第29分会(心理治疗)的394名成员的调查(Akamatsu,1988)显示,44.7%的人认为与以前的来访者发生亲密关系是非常不道德的。然而,31.3%的人认为这种关系既不是道德的也不是不道德的,或者甚至觉得从某种程度上说是道德的;23.9%的人觉得这类关系仅仅有些不道德。回答者指出决定治疗终结后的亲密关系道德与否,需要考虑的首要因素是终结后的时间。其他因素包括治疗的长度和性质、来访者的精神健康状态、治疗是否要继续、提高病人的选择自由等。有趣的是,14.2%的男性和14.7%的女性承认与以前的来访者有亲密关系。从治疗终结到亲密关系开始的平均时间长度为15.6个月。Akamatsu总结道:

> 我强烈建议美国心理学会制定伦理指南。然而,由于对近期结果的解释可能存在分歧,一系列禁止与当前和先前来访者有性亲密关系的建议,可能比许多从业者的观点更保守。指南明显是必要的,但是条例应描述清楚在确定某特定案件的道德性时可能要考虑各种偶然性和状况。这种折中对个体处理每个案件可能是必须的,但如果指南对治疗师、州理事会成员或伦理委员会成员更明确的话,处理案件将变得相当的容易(p. 457)。

当事件发生的时候,阿卡玛苏(Akamatsu,1988)推测,绝对禁止与先前来访者有性关系不会得到多数人认同,该推测后来被证明是对的。2002年伦理准则保留了绝对禁止与当前的来访者发生性亲密关系(standard 10.05),但将禁止与以前的来访者发生性亲密关系限制在治疗结束后两年内。然而,两年之后,介于标准10.08所列出的所有因素而言,心理学家要担心发展性关系是"最不寻常的情况",而且这种关系不会对先前来访者造成剥削。

标准10.08足够具体吗?在制定一项合理的标准时应该平衡考虑的所有因素,它考虑到了吗?它从足够长远的角度保护了接受精神治疗的来访者吗?科顿(Cottone,2005)注意到,美国精神病学协会和国际婚姻和家庭咨询协会都采纳了这样一条准则,即与先前来访者发生性亲密关系永远都是不道德的。他争论道:"永恒的准则是在专业人员宣布与先前来访者有性或恋爱关系时最具体、最简单,并强制实施的标准(p. 14)。"另一方面,既然双方都是成年人,且存在的风险也适当地披露给来访者了,是否两年的禁令仍会干扰他们自主地作出决定呢?请看下文。

参考文献

Akamatsu, T. J. (1988). Intimate relationships with former clients: National survey of attitudes and behavior among practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 454-458.

Austin, W., Bergum, V., Nuttgens, S., & Perternelj-Taylor, C. (2006). A re-visioning of boundaries in professional helping relationships: Exploring other metaphors. *Ethics & Behavior*, *16*, 77-94.

Borys, D., & Pope, K. (1989) Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 283-293.

Cottone, R. R. (2005). Detrimental therapist-client relationships—Beyond thinking of "dual" or "multiple" roles: Reflections on the AAMFT cold

of ethics. *American Journal of Family therapy*,*33*, 1-17.

Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M., & Localio, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact. Results of a national survey, 1: prevalence. *American Journal of psychiatry*,*143*,1126-1131.

Gottlieb, M. (1990). Accusation of sexual misconduct: Assisting in the complaint process. *Professional Psychology: Research and Practice*,*21*,455-461.

Hall, J. E. (1987). Gender-related ethical dilemmas and ethics education. *Professional Psychology: Research and Practice*,*18*,573-579.

Holroyd, J., & Brodsky, A. (1997). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic phrsical contact with patients. *American psychologist*, *32*,843-849.

Jackson, H., & Nuttall, R. (2001). A relationship between childhood abuse and professional sexual misconduct. *Professional Psychology: Research and Practice*,*32*,200-204.

Knapp, S., & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*,*35*,553-558.

Lamb, D. H., & Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*,*29*,498-503.

Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients, supervisees, and student: Occurrence, impact, rationales, and collegial intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*,*34*,102-107.

McKinley, J. (2006, June17). Conviction concludes bizarre trial for murder, The New York Times, p. A10; Women is sentenced in stabling (2007, February 24). *The New York Times*,*p*,A13.

Pope, K., Keith-Spiegel, P., & Tabachnik, B. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American psychologist*,*41*,147-158.

Pope, K., Levenson, H., & Schover, L. (1979). Sexual intimacy in psychology training. *American psychologist*,*34*,682-689.

Pope, K., Tabachnik, B., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice. *The beliefs and behaviors of psychologists*,*42*,993-1006.

Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holyroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sell, J. M., Gottlieb, M. C., & Schoenfeld, L. (1986). Ethical considerations and social/romantic relationships with present znd former clients. *Professional Psychology: Research and Practice*,*17*,504-508.

Shapiro, E. L., & Ginzberg, R. (2003). To accept or not to accept: Referrals and the maintenance of boundaries. *Professional Psychology: Research and Practice*,*34*,258-263.

Somer, E., & Saadon, M. (1999). Therapist-client sex : Client's retrospective reports. *Professional Psychology: Research and Practice*,*30*,504-509.

Sonne, J. (1994). Multiple relationships: Does the new ethics code answer the right question? *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*,336-343.

Williams, M. (1992). Exploitation and inference: Mapping the damage from therapist-patient sexual involvement. *American psychologist*,*47*,412-421.

明显含糊不清、矛盾的1992年伦理守则 3

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donald N. Bersoff)

……

加博德(Gabbard,1994)对"允许治疗后性卷入政策的最常见的九条争论"提出反驳(p.331)。他称这项许可政策"不成熟"(p.334),并催促APA永久性地禁止任何与先前来访者的性亲密关系。为支持这一禁令,他和其他学者(Brown,1988;Gabbard & Pope,1989;Sell,Gottlieb, & Schoenfeld,1986;Shopland & VandeCreek,1991;Vasquez,1991)提出了很有说服力的理由。

我们有极好的理由来重新考虑APA的立场,也值得做进一步的争论。的确,标准4.07(现行的,或可能被修订为永久禁止性关系)确实反映出这类核心道德原则的无害性和有益性(Beauchamp & Childress,1989;Bersoff & Koeppl,1993;Kitchener,1984)。然而,考虑到现有或备用条款的合法性,我建议想想其他竞争性的道德或伦理原则。尤其是那些具有自律性的竞争性原则——"约束(自己)不干扰那些希望自己做决定的人的自我决定表达"(Bersoff,1992,pp.1569-1570)。在其他有价值的事项中,大众社会和我们的职业协会尤其应该致力于尊重每个个体选择自己命运的权利,即使这些选择从某种客观意义上看,最终并不能产生多数人认可的最大化的利益……

对治疗后性亲密关系的关注,至少部分预测了这样的信念,即强势的治疗师(通常是男的)与弱势的病人(通常是女的)之间存在不平等的性关系(Gabbard,1994;Vasquez,1991)。然而,科尔曼(Coleman,1988)认为,任何永久性禁止都会

> 产生基本的问题……关于无意识性动机的问题。
>
> 第一个这样的问题表现为家长制。一项绝对禁令就意味着(治疗师)为病人作出决定,将永远不能得到与前治疗师之间的性关系的知情同意信息。尽管这类条款显然同时适用于男性来访者和女性来访者,但实际上那些卷入者差不多无一例外是女性。结果,绝对禁令有效地导致了女病人不能得到知情同意,因为她们仍受其男性治疗师的影响(p.48)……

女性一旦在治疗中不能作出关于其性伴侣的有见识的、自愿的、明智的决定,正好成为主张绝对禁止(条例)的支持者。应该有更多的数据支持这个假设,当然,在它转化成一条伦理准则之前,应将女性来访者归入被动受害人,而不是强化她们作为自主的、自决的、满意的成年人的地位……

参考文献

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Bersoff, D. N. (1992). Autonomy for vulnerable populations: The Supreme Court's reckless disregard for self-determination and social science. *Villanova Law Review*, *37*, 1569-1605.

Bersoff, D. N., & Koeppl, P. M. (1993). The relation between ethical codes and moral principles. *Ethics & Behavior*, *3*, 345-357.

Brown, L. S. (1988). Harmful effects of posttermination sexual and romantic relationships between therapists and their former clients. *Psychotherapy*, *25*, 249-257.

Coleman, P. (1988). Sex between psychiatrist and former patient: A proposal for a "no harm, no foul" rule. *Oklahoma Law Review*, *41*, 1-52.

Gabbard, G. O. (1994). Reconsidering the American Psychological Association's policy on sex with former patients: Is it justifiable? *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 329-335.

Gabbard, G. O., & Pope, K. (1989). Sexual intimacies after termination: Clinical, ethical, and legal aspects. In G. O. Gabbard (Ed.), *Sexual exploitation in professional relationships* (pp. 115-127). Washington, DC: American Psychiatric, Press.

Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, *12*, 43-55.

Sell, J. M., Gottlieb, M. C., & Schoenfeld, L. S. (1986). Ethical consideration of social/romantic relationships with present and former clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*, 504-508.

Shopland, S. N., & VandeCreek, L. (1991). Sex with exclients: Theoretical rationales for prohibition. *Ethics & Behavior*, *1*, 35-44.

Vasques, M. (1991) Sexual intimacies with clients after termination: Should a prohibition be explicit? *Ethics & Behavior*, *1*, 45-61.

评论：

加博德（Gabbard，1994），与科顿一样，持更传统的观点：

> 尽管缺少有说服力的数据证明这种关系的害处，但仍应采取谨慎的措施以预防治疗结束后的性关系，理由与治疗关系中禁止性关系是相同的。地球上存在如此多的人口，却偏偏选择前来访者作为性伴侣，必定产生对心理治疗师的判断力和道德素质的严重质疑（p. 334）。

由来访者挑起的与治疗师的性关系，还鲜有讨论和研究。在一项对750名注册女性治疗师（其中有354名回复）的调查中，作者报告：

> 约有一半治疗师（53%）……在治疗中的某个时间遭受了来访者的性骚扰。但骚扰的范围初步估计在五千分之一（治疗小时）。根据心理学家的报告，骚扰的类型主要有间接的语言交流、性要求、性侵犯威胁等。

这类事件多数是男性病人（85%），且发生在门诊（80%），绝大多数报告这类事件者在州立监狱工作，来访者是性侵犯者，或两者都是（Demayo，1997）。更近的调查指出，298名咨询师中39%的答复指出，发生性关系的可能性来自正式关系中的另一方（来访者、督导者或学生）（p. 253），49%的邀请是由来访者发出的（Lamb，Catanzaro & Moorman，2004）。也许更糟糕的情况来自对澳大利亚830名心理治疗师的调查，该结果显示：

> 在一生中，咨询师受到来访者的严重侵犯（界定为受到十次或更多的持续两周以上侵犯）的检出率

> 是20%……有8%的心理学家在这个调查之前的12个月中遭受了这种程度的侵犯(p. 539)(Purcell, Powell & Mullen,2005)。

关于治疗师和来访者之间可能存在的权力关系,这些数据给了我们怎样的暗示呢?鉴于现在新的博士水平的心理学家中女性占大多数,关于临床医师的培训,是否有些议题是应该考虑的呢?

另一项来自拉姆等人的研究(Lamb, Catanzaro & Moorman, 2004)更清楚地揭示了美国心理学会伦理守则对行为指导作用。作者试图发现,理智的心理学家决定不卷入与来访者及其他工作对象之间性关系的原因。按照使用频率排序,四个最常见的理由分别是:(1)我个人的伦理观、价值观以及道德观禁止我追求这类性关系(89%);(2)我信奉来访者不变原则(65%);(3)双重关系的处境可能会导致负面结果(55%);(d)我和来访者之间存在权力差异(44%)。根据这些数据,作者在讨论中总结道:

> 与伦理、道德、价值观相关的理由使用频率最高……这表明规范作为一股威慑力量的潜在价值……但是对于那些最终卷入性关系的个体而言,《APA 伦理守则》并不是一种强有力的威慑力……有一种意见认为,那些违反的人的确意识到了伦理禁令,且对大多数心理学家来说,该禁令也确是一种威慑,但却没有强有力到完全禁止性关系的发生。对禁止的性关系的追求要求心理学家拒绝、合理化或者忽视《APA 伦理守则》,以便最终发展成性关系,这样的假设是合理的(p. 253)。

尽管大多数多重关系研究的焦点都在性行为上,少部分学者也对非性关系给予了关注。巴尔和莫窦克(Baer & Murdock, 1995)采用波利斯和波普量表(Borys & Pope, 1989)的修订版,对223名APA会员(56%为女性,96%为白种人)的调查发现:

> 总体上,治疗师认为非性双重关系行为充其量只在有限的条件下合乎伦理。现行的非性多重关系行为中出现率最高的是3.49(对现有来访者的朋友实施治疗),介于"某些情况下是道德的"与"很少情况下是道德的"的量表分之间。治疗师认为,在三个等级的非性多重关系中,与来访者的社会和(或)财务卷入是最不合乎伦理的(另外两类事件,如接受一件并不贵重的小礼物和双重职业关系,如允许来访者参加某治疗师的课程)(p. 143)(Baer & Murdock, 1995; DeJulio & Berkman, 2003)。

边界违反存在的问题,以及少数"来访者与治疗师之间非性双重关系"的研究发现……都表明专业人员对非性接触的态度可以预测其是否与来访者发生非性接触的可能性(Baer & Murdock, 1995, p. 132),是否我们应该更多关注非性的接触,及其可能导致的人际缺陷呢?

尽管专家对治疗师和前来访者之间的浪漫关系已有激烈的争论,另一个较小的研究领域是与前来访者之间的非性关系。首先需要解决的问题,是在界定来访者方面,存在的有关方法和伦理的问题。如果治疗师与来访者结束治疗关系是为了与其发展一段社会的、商业的或浪漫的关系,这个病人还是真正的"前来访者"吗?以下内容是否给

我们提供了一个有用的定义?“对来访者有一个负责的、合适的终结治疗的文件备案,其表明前来访者不再回到治疗关系中,并且让他们相信绝对不可能随意地回到治疗关系中”(p.28)。这个定义来源于鲍路斯(Pipes,1997)。不管怎样,下文是少有的深入研究这个问题的文章之一。

参考文献

Baer, B. E., & Murdock, N. L. (1995). Nonerotic dual relationships between therapists and clients: The effect of sex, theoretical orientation, and interpersonal boundaries. *Ethics & Behavior*, *5*, 131-145.

DeJulio, L. M., & Berkman, C. S. (2003). Nonsexual multiple relationships: Attitude and behaviors of social workers. *Ethics & Behavior*, *13*, 61-78.

Demayo, R. A. (1997). Patient sexual behavior and sexual harassment: A national survey of female psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 58-62.

Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2004). A preliminary look at how psychologists identify, evaluate, and proceed when faced with possible multiple relationships dilemmas. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 248-254.

Pipes R. B. (1997). Nonsexual relationships between psychotherapists and their former clients: Obligations of psychologists. *Ethics & Behavior*, *7*, 27-41.

Purcell, R., Powell, M. B., & Mullen, P. E. (2005). Clients who stalk psychologists: Prevalence, methods and motives. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 537-543.

心理学家与前来访者之间非浪漫、非性的治疗后关系:对关键事件的探索性研究



⊙ 莎朗·K.安德森和凯瑞·S.金琴勒(Sharon K. Anderson and Karen S. Kitchener)

【编者注:采用由约翰弗拉纳根(John Flanagan)于20世纪50年代开发的关键事件技术(Critical Incident Technique),作者根据从63名心理学家中收集到的资料,界定出8种非浪漫的、非性的治疗后关系(posttherapy relationships)。同时,作者还询问了心理学家们对这些关系的伦理性看法。】

……

私人或朋友关系

……在这类关系中,治疗师和前来访者已经超越了一般的社会熟悉度,发展了更近的或更亲密的关系,并且在这一关系中治疗师的个人投入似乎更多。可能治疗师的很多私人生活都被前来访者所了解。所包含的事件涉及以下两类关系:治疗师和前来访者之间有着个人联系,即来访者具有某些独特或特别的特点可以接触或了解到治疗师的私人生活;治疗师与前来访者之间存在着友谊关系。界定为私人关系的9个事件涉及的情景广泛:从治疗师是前来访者的邻居,到治疗师是前来访者的约会对象的父母(都包含在内)。以下是一个具体例子:

> 前来访者与治疗师的配偶的朋友结婚。前来访者的配偶和治疗师的配偶想发展社交关系(私人关系)。

多数被调查者(9人中有7人)在描述此类事件时都把这种关系看作伦理问题。其中一些人认为,治疗师和前来访者之间不大可能存在平等的、正常的友谊。另有部分人相信会产生多重关系,因为治疗师—来访者在治疗结束后仍然继续他们的关系。

有两人不认为这种私人关系是伦理问题,其中一位指出,前治疗师确实有责任在关系中保持"适当的界限"。该人士还从前来访者的角度,为这种私人关系提供了一种合理的解释:

> 在(与治疗师的家人)建立友谊之前,我确实做出过清醒的决定:我永远不会再找这个人做我的治疗师了……这对我来说很难,但是也很重要。

这类关系中的其他9个事件均描述了治疗师与前来访者之间的友谊。在描述

这类关系时,被调查者实际上频繁地使用了"朋友"这个词的变异词。

……

没有一名调查对象在描述这些关系时把它们看成是伦理问题。他们的理由如下:治疗关系结束后的时间间隔、双方的成熟及治疗师可以和前来访者探讨新关系的界限等。

以下是某调查对象所描述的一个例子,治疗结束后的友谊事件:

> 尽管最初我对这种友谊关系也产生了犹豫,但是我并不把它看作伦理问题,因为:(1)我们的治疗关系已经结束了;(2)我们已经达成协议,如果我的前来访者需要重新接受治疗的话,他们会寻求其他治疗师的帮助;(3)我们已经详细讨论过在我们的友谊中要保持清楚的界限,包括:对我们先前的治疗关系保密、确保双向的需求与情感的交流。

社会交往和社会活动

……调查对象描述的交往事件涉及范围甚广,从一次性事件(如参加前来访者的婚礼)到一直持续的社交活动;从休闲活动(如参加社会或社区活动)到性活动(如参加"摇摆者"舞会)。

在分类中出现了两类(社会交往活动),即偶然的和有计划的。在下例中,治疗师和前来访者在双方均没有任何事先计划的情况下,在社交场合相遇。

> 在一次狗秀中,发现自己和前来访者是竞争对手(社会交往和社会活动——偶然性的)。

与偶然的交往不同,下面的例子说明了另一类社会活动:治疗师或前来访者发起某种活动,邀请或确保与另一方在社会情景下的社会交往。大多数的社交活动是前来访者发起的。

> 由于恰巧在同一个度假胜地度假,治疗师及其家人接受了前来访者及其家人的邀请,和其他客人一起拜访前来访者的度假屋(社会交往和社会活动——有计划的)。

被调查的9人中有6人在描述偶然性社会交往事件时,认为这种交往不存在伦理问题。他们提出的理由如下:接触短暂而无计划、保密仍然完好,并且治疗师采取了预防性措施以减少治疗后接触的潜在伤害。例如:一位预期到可能有社会接触的心理学家,(与前来访者)"讨论了在治疗结束后可能存在的关系不适"。

所有调查对象在描述计划性的社会交往事件时,都认为这样的交往有伦理问题。他们中大多数人相信,治疗师—来访者的关系在治疗结束后仍持续的话,另一种关系可能会产生潜在的剥削,或者角色期待与义务的冲突。接受了拜访前来访者的度假屋的那个治疗师则持有一个与之相关但稍有不同的理由:

> 来访者常常把治疗师理想化,于是和治疗师的社会交往变得十分沉重。对来访者而言,所有这样的情景都会显得困难,尤其是当治疗关系结束之后,他还没找到处理这种情形的办法。

商业或财政关系

这类关系中常见的情况是：(1)由于前来访者的专业技术或援助，治疗师与前来访者之间发生金钱交易；(2)加入到可以赚钱的专业领域(如：雇佣前来访者；接受前来访者的建议或经济支持；光顾前来访者的营业场所；合伙做生意……

下面是一个例子：

> 心理学家雇佣一个先前的病人，每周为他的家做清洁。后来因为表现差、不可信赖而把他解雇了(商业或财政关系)。

12位被调查者中有7位认为这种关系属伦理问题。原因如下：双重角色问题；对前来访者内化了的治疗师形象有负面影响；对前来访者的特殊了解会影响治疗师的客观性；权力的差异；会局限前来访者再次回来接受治疗。

……

有5位调查对象并不认为他们描述的事件存在伦理问题。其支持观点的原因是：这仍然是一种双方并没有交换个人信息的专业关系，且商业关系的界限保持得很清楚。

同事或职业关系

在12个事件中，治疗师和前来访者担任的职务或角色在权力上是平等的。这种关系可能更侧重于外在的专业或商业问题。例子如下：

> 一位心理学教授为大学里的同事(另一个系的)进行心理治疗，后来两人偶尔在大学委员会里一起做事(同事或职业关系)。

12名调查对象中有9名不认为这种新的关系存在伦理问题。一些调查对象认为他们都能够区分自己的角色。比如，有人写到："我们都具有多重角色……在生活中，一定程度的区分是正常的……用这种方式可以理智地处理治疗师和来访者之间的双重关系。"

那些把同事或职业关系看作是有违伦理的调查对象认为，这种新的关系会因为双重角色冲突和移情导致问题的产生。下面的例子阐述了一名被调查者的观点，"当'治疗'结束很久一段时间后，治疗师[可能]会忽视移情信息对关系的决定性作用"。

督导或评估关系

在10个事件中，新关系更多为本质上的督导或评估关系。典型事件是，治疗师接受或担任了某种职务，即要求他对前来访者在某临床或学术机构的表现或能力进行督导或评估。在这样的社交事件中，治疗师判断出发生了这类关系，因为治疗师或来访者在一定程度上对外部因素都失去了控制。以下是一个描述此类事件的例子：

偶尔作为某心理学课程的辅导老师，十分常见地会遇到以前来过心理咨询中心，由我督导过或他人督导过的学生（督导或评估关系——偶然性的）。

有些督导或评估关系是由治疗师或前来访者的有计划行为产生的。通常，这种有意行为是一种请求或邀请。以下提供一个例子，作为 8 个这类有计划的督导或评估关系事件的代表：

我在某个私人机构担任临床督导。该机构雇佣了一名治疗师，这名治疗师在毕业前曾是我的一名来访者（督导或评估关系——有计划的）。

有一半调查对象（5 名）认为，这些与前来访者之间的偶然的、有计划的督导或评估关系是有违伦理的，因为矛盾的角色责任。比如，有位调查对象是一家机构的管理者，对一次人员招聘做了如下评论：

（我的）一个前来访者……申请了一个临床工作职位……[这名前来访者]心理问题很严重，我认为这对工作不利……由于保密性原则，我不能承认我的角色。我非常担心[这位前来访者]会被招聘委员会选中。

更具体的是，这些反复浮现的被调查者头脑中的，在治疗关系中获得的对来访者的特殊了解，会影响或可能影响治疗师对前来访者的新角色做出客观判断的能力。一位调查对象写到："很难像对待其他学生那样，无偏见地或有偏见地去对待[前来访者]。"

5 位调查对象不认为督导或评估关系有违伦理，他们提出了不同的观点。其中一些认为，先前的治疗师—来访者的关系已经不存在。另外几位则认为，先前的治疗师—来访者的关系"自然地演变"为一种不同的但仍为支持性的关系。还有一位认为治疗师—来访者的关系仍然存在，但是新的督导、评估关系是必要的。例如：某调查对象指出，由于治疗师所在工作机构的结构，他/她是"唯一有资格"向上司提供治疗的心理学家。

宗教信仰关系

……尽管这类关系主要指"去同一个教堂"，但多数这类事件都包含另一类型的交往，比如在教堂委员会一起工作；做完礼拜之后的社会接触；或对前来访者生活的其他部分的支持和援助（如：竞选公职）。

……

所有描述此类事件的调查对象均不认为这种联系或关系存在伦理问题。他们的理由如下：治疗师—来访者的关系已经结束；保密性原则仍然被遵守；从一开始就讨论过治疗后关系；治疗结束已相当长时间了；忽视或逃避前来访者是不道德的。特别是，一位描述了宗教情景中的治疗后事件的调查对象提到：

在小的社区里，想在去教堂或参加社会活动中不接触现有或以前的来访者，几乎是不可能的……我实践越多……就越意识到，在关于与前来访者的一般社会接触方面，需要灵活性，尤其是在小型社区里。

作为注意事项，某调查对象提到：

很大程度上取决于所卷入的个体。当某人通过治疗对他人有特殊了解后，又以别的身份与其交往时，总会有潜在的伦理问题产生。这种了解可能是一种偏见、期待或强迫等。

同事或职业+社交的关系

与同事或职业关系的区别在于，这种关系中除同事或职业的关系外，还出现了社交关系。治疗师和前来访者之间的社交可以发生在各种场所（如聚会、参与心理学社团、共进午餐）。以下是一个例子：

> 我的一个前患者在我所在的同一个机构接受培训……后来，他也成为这个机构的成员。我们发现双方都在同一个委员会，参加同样的会议，出席同样的社交活动（同事或职业+社交的关系）。

与同事或职业关系相似的是，多数调查对象（7名中有6名）不认为这类关系违背了伦理。他们的理由包括：治疗后的时间长度；讨论新关系有关问题的有意识努力；从治疗师—前来访者关系到新关系的自然演化。尽管这6名调查对象不认为这类关系属伦理问题，但是其中两名确实认为，这种同事+社交的关系对他们而言是“不舒服的”。例如，某调查对象评论道：

> “有时（这种关系）令我感到不舒服（我喜欢保持个人和职业经历的独立性），但是这又没有明显地违背伦理标准。”

7名调查对象中有4名表示，他们在小型社区里工作并居住，因遇到前来访者的可能性很大，所以他们（需要）调节自己的行为。

只有1名被调查者认为同事+社交的关系是有违伦理的……

工作场所关系

在这一类别中，被调查者描述了5个事件。在这些事件中，治疗师和前来访者发现他们同处一个工作场所，要么是同事，要么是同一家诊所的职员。下例被归为偶然性工作场所关系的子类：

> 一位心理学家辞了当前的工作，前往另一家机构工作。他的一位前来访者最近刚被这家机构聘为办公助理（工作场所关系——偶然性的）。

在另外两个工作场所事件中，治疗师或前来访者做出了有计划行为致使产生工作场所关系。以下是一个例子：

> 我工作的诊所最近雇佣了我的一位前来访者的父（母）亲做办公助理（不顾我的反对）。这位父（母）亲参与了对其孩子的几个疗程的工作。目前，这位父（母）亲既可以通过电脑也可以通过文件抽屉来获取我们的文件（工作场所关系——有计划的）。

在5名调查对象中，有4名认为这些工作场所关系违背了伦理。一些人认为，

这是双重关系的伦理问题；其他人指出，他们很担心治疗师可能对前来访者具有“特别的了解”，并且这种“特别了解”会影响治疗师在新关系或角色中的客观性。比如，某调查对象认为，可能难以“区分工作行为与心理了解……一旦这位职员工作迟到或者工作绩效下降，将很难保持公正性”。

……

讨　论

由于本研究是探索性的，样本量小，只能从数据中得出假设性的启示。有如下四方面的启示：首先，一些心理学家在心理治疗实践中，似乎面临着与来访者之间很多的非浪漫、非性的关系。此外，他们在处理这些复杂问题时，从当前的美国心理学会伦理守则和规范中得不到专业的指导。至少在这些关系中，有些关系的发生是偶然的，超出心理学家或前来访者的控制……显然，心理学家不该由于与前来访者之间的偶然接触而受到责备；然而如果治疗后的关系导致了对前来访者伤害性的后果，或者治疗后的关系导致了治疗效果的颠倒，那么治疗师将对如何处理这些接触负有伦理上的责任（Kitchener，1988）。

本研究所报告的其他类型的接触，似乎都是由前来访者或治疗师发起的。前来访者会因各种个人原因和职业原因而制造与治疗师之间的联系，如督导；而由治疗师发起的关系似乎主要与一些商业事宜有关。尽管在一些事件中治疗师并不认为这些关系违背了伦理，但是这些关系确实需要进一步的专业探讨，因为在主动决定是否进入这类关系当中，治疗师的确负有一定责任。向我们提出治疗后接触这一难题的心理学家们（会发现），制定决策模型和制定处理这一复杂问题的可操作的、灵活性的指南是有益的。

本研究的第二个启示是，本调查中的心理学家就非浪漫、非性关系是否存在伦理问题似乎没有一致的看法。……本研究中很多调查对象并不认为“曾经的来访者，就是终生的来访者”。事实上，大多数描述治疗后关系的调查对象都把这些关系看作是符合伦理的。

研究的第三个重要启示是，就这些关系的伦理性持不同意见的双方，均列出了很多不同的治疗学观点来支持其立场。例如，认为与前来访者之间的治疗后关系违背了伦理的人指出：移情问题可能尚未得到充分解决，治疗结束后与来访者之间的快速联系可能会重新激起只是部分得到解决的问题。此外，他们认为，来访者有时会对治疗师持有理想化的印象，在一个现实的世界背景中与治疗师的相互接触，可能导致来访者重新评估治疗师（带给他）的积极影响。而且，被调查者认为，前来访者将不可能再回到该治疗师的治疗中。不认为这些关系违背了伦理的人建议，需要考虑的重要问题是与服务终止相关的治疗问题。比如，他们认为，如果距治疗结束已经有一段恰当的时间，那么治疗后的关系将是符合伦理的。他们建议，2～10年将是一个充分的时间，之后可以开始与前来访者建立新的关系。其他人则指出，如果前来访者决定不再返回到前治疗师的治疗中，且治疗后的交往不会妨碍此后与其他治疗师之间的治疗，则治疗后的关系是道德的。此外，一些被调查者认为，允许关系或交往的发生而非避开，将会更好地保持治疗的保密性。

本研究的第四个启示，涉及现有的伦理守则（APA，1992）。守则中仅有一条是关于前来访者的。而且（正如我们已经注意到的）它关注的是治疗师与前来访者之间的性关系。在未来的修订中，美国心理学会可能要考虑守则是否需要加入与前来访者之间的非浪漫、非性的关系的内容（S. E. Jones, personal communication, April, 13）。根据本研究中的很多被调查者的意见，这些关系中，有的具有潜在危害，其他的则没有；还有些可能是无法避免的。因此，任何新的伦理标准都应对所涉及的问题及问题的界限进行清楚的说明……

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

Kitchener, K. S. (1998). Dual role relationships: What makes them so problematic? *Journal of Counseling and Development*, *67*, 217-221.

评论：

回顾《2002年伦理守则》。如安德森和基奇纳（Anderson & Kitchener, 1998）指出，它包含与前来访者之间的非性关系的规定吗？在稍后的另一篇文章中，作者提供了数据分析，并指出了临床医生和来访者在开始治疗前特别需要回答的问题。在对近300名心理学家的调查中，兰姆等人（Lamb, Catanzaro & Moorman, 2004）采用安德森和基奇纳（Anderson & Kitchener, 1998）在本文中提及的7个类别发现，与前来访者的非性关系中，讨论最多的是社会交往活动和同事及职业的关系。

鲍路斯（Pipes, 1997）指出了为什么治疗师应该限制与前来访者之间的非性的关系。原因如下：

（1）前来访者可能需要返回到治疗中；

（2）治疗结束后很多来访者仍然容易受伤，对前治疗师的剥削很敏感；

（3）治疗结束后的关系可能会影响治疗师的客观性及对来访者的信任；

（4）存在这些关系将以糟糕的方式结束的危险；

（5）国家的法律禁止这些关系，会导致营业执照被吊销的危险。

尽管如安德森和基奇纳一样（Anderson & Kitchener, 1998），鲍路斯注意到了APA的伦理守则当中没有对这一问题的相关规定，但是有人可能会问：除了非浪漫的关系以外，其他规定是什么样的。有没有把一些无害的交往，“如从店主手中购买了一件一般的物品”（Pipes, 1997, p. 36）看作是不道德的危险呢？

普拉科斯（Pulakos, 1994）发现：在大学的咨询中心咨询过的59%的来访者，都有过与其治疗师偶然相遇的经历——在大学校园里这并不令人吃惊。当问及他们，治疗师在偶然相遇时如何反应，8%的人回答说治疗师忽视自己；59%的人说治疗师只是打个简短的招呼；22%的人说治疗师和自己进行交谈。有趣的是，尽管79%的人认为这些不同的反应是恰当的，但是21%的人所需更多：

> 例如：如果治疗师忽视了来访者，来访者需要一个简短的招呼或进行交谈；如果治疗师给了一个简短的招呼，来访者需要进行交谈。在任何情况下，来访者需要的都不会比治疗师给的少（p. 301）。

作者认为，最惊人的发现是：仅在

29%的案例中,双方会在治疗中讨论这些相遇(Pulakos,1994)。

本研究提出了更广泛的问题,即心理学家是否比来访者更担心治疗中的多重关系?以下材料显示这一议题仍有相当的争议性。

参考文献

Anderson,S., & Kitchener, K. (1998). Nonsexual post therapy relationships: A conceptual framework to assess ethical risks. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 91-99.

Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2004). A preliminary look at how psychologists identity, evaluate, and proceed when faced with possible multiple relationship dilemmas. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 248-254.

Pipes, R. (1997). Nonsexual relationships between psychotherapists and former clients: Obligations of psychologists. *Ethics & Behavior*, *7*, 27-41.

Pulakos, J. (1994). Incidental encounters between therapists and clients: The client's perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 300-303.

某些界限和伦理会如何减弱治疗效果 5

⊙ 阿纳德·A.拉扎陆斯(Arnold A. Lazarus)

……

20世纪50年代,我在实习期间,曾因为所谓的角色超越(stepping out of role)(一种界限)而受到我的一位督导的严重谴责,因此潜在地减弱了我的临床疗效(近几年,很多地方都非常重视来访者—治疗师角色的清晰界定)。当时引起我的督导注意的是,我在一次治疗快结束时,要求来访者帮忙载我到一个服务站(位于他回家路上)。我的汽车正在维修,而我确定在治疗结束后这名来访者要回家,所以我这样做并没有妨碍他回家。我的督导主张治疗必须是"单行道",我们不能要求来访者除了付服务费之外的其他任何服务。由于我的越界,我的督导认为我危害了来访者—治疗师之间的关系。有意思的是,我记得,通过我们在去服务站的路上的非正式交谈,受到质疑的我和来访者之间的和谐关系增强了,而不是受到了损害。

在我看来是失人性(dehumanizing)的界限,在何种程度上得到某些临床医生的赞成,可以从下例中说明。在最近的一个夫妻治疗的过程中,丈夫提到因为怀疑长了恶性肿瘤而做了活组织切片检查,结果过几天出来。我们之间的下一次约见要在两周后,所以几天之后我打电话到他们家,询问实验室的结果。是丈夫接的电话,回答说一切都好,并对我的兴趣和关注表示了感谢。(他的)妻子是名有执照的临床心理学家,(对此)则做出了不同的反应。她告诉我们共同的同事(是这位同事把这对夫妻交付给我的)说,她非常惊慌且对我所做的感到不高兴,认为我违背了职业界限。一个(出于)对人的礼貌和关心的简单行为成为了临床上的攻击对象。

在某国家杂志的专栏中提出了另外一个界限问题。一位治疗师正在对一名青少年进行治疗,想安排一次和这个男孩母亲的会面。这位母亲从事的职业很繁忙,她最方便的时间是在午饭的休息时间,她建议在当地的一个餐馆会面来讨论(孩子的)问题。无论是从哪个角度考虑,这都不仅仅是越界,还构成了双重关系。我在想:如果在公园里或者母亲的工作地、旅馆的大厅或者汽车里约见,事情是否是同样的性质?或者集合地点就在餐馆,但是不点饭菜只是点咖啡又如何呢?

……对于一些来访者而言,唯有正式和清晰的医患关系的界定才是适当的,且不会产生不良后果。对于其他人而言,一种开放的"给与拿",一份友谊感,想跨越治疗者受约束边界一步的意愿,都会提高治疗效果。因此,我与一部分来访者集会和社会交往;和其他人打网球;还和一些人远距离地散步,亲切地接受一些小礼物,

送给一部分人礼物(通常是书)。许多时候,我在网球场边上或餐桌间学到更多的东西,那是我在咨询室里无论如何也领悟不到的(遗憾的是,根据当今风险管理的观点,在“不恰当的性”的主张前,这种边界的跨越,无论怎样无辜,都将会照其事实,成为法官、陪审团、伦理委员会和州执照部门的性不端行为的(指控)证据。

在我所治疗的众多来访者中,我的那些超越了咨询室正规界限的来访者的数目,没有几百,也有几十个。当我这么做的时候,并不是出于任性的动机,而是建立在治疗目标会得到提高的合理判断基础上。当然,忽视对严重精神病的严格界限限制通常是不可取的,(这些精神病)包括:消极攻击性、戏剧性或表演性行为;边缘性人格特征;或者疑病症和妄想……

请不要误解我。我并不是拥护或为每一个(建立)透明的、灵活的、随意的或非正式的治疗关系的人而辩护。相反,我断定那些总是照本宣科和运用由委员会事先决定的固有守则(什么该做,什么不该做)的治疗师们,将会冒犯或者至少帮助不了那些需要帮助的人,而用其他方式则可能让这些人获益。

……

我彻底地反对任何形式的轻蔑、剥削、虐待或骚扰,我也反对与来访者的任何形式的性接触。除了这些限制外,我认为大多数限制和禁止都是可以商榷的。但是,由于我们生活在好争论的氛围,使我近几年变得更加谨慎。我(现在就)不会去冒一些1960年代绝不会考虑的风险。例如,我允许了两位来访者到我家(在不同的时间)。其中一位在我家住了几周,另外一位住了几天。两位来访者均来自其他州,需要重新安置并寻找居住的地方。同样地,我不假思索地在一个雪夜把我们空闲的卧室提供给一位来访者,或者给需要的人一些阿司匹林。但是像我的大多数同事一样,我参加了关于如何避免不当治疗(引起的)控诉的研讨会,那让我心寒。如果不把每个来访者看作是潜在对手或诉讼当事人的话,将很难摆脱那些演讲。幸运的是,几天之后影响逐渐减弱了,我重新获得了我的主动性。但不吉利的预兆被深深地灌输进了(脑袋里),还被书中那些“解释无辜的心理学家如何保护自己免受无根据的控诉”的章节所强化……

因此,更加警惕成就了今天的我,一个不够人性化的从业者(相比我在1960年代和1970年代而言)。

……

当然,按照书上固定的规则去做,要比自己思考更安全和容易。但是那些隐藏在严格界限背后的、不会对伦理感做出让步的从业者,在我看来,是不能够真正帮助来访者的,找到这些人做咨询是来访者的不幸。我所遇到的真正伟大的治疗师,不是恐惧的尊奉者,而是勇敢、有魄力的助人者,他们甘愿承担可能的风险。如果要用一句话来总结我的立场的话,我会说:最糟的职业或对伦理的违背之一就是允许现在的风险管理准则凌驾于人道的介入之上。不是要想尽一切办法防护,而是要尽责任地去治疗——同情地、仁慈地、敏感地、关爱地。

评论:

拉扎陆斯(Lazarus)的文章激起了一场有趣而激烈的辩论。以下只是诸多回应中的一个例子,尽管读者渴望读到更完整的版本:

时间已经证明，很多从业者不承认通常所接受的界限，不顾理性地打破界限，没有有效地管理自己的行为，最终都因超越了界限而冒犯了来访者（Bennett, et al., 1994, p. 265）。

拉扎陆斯憎恶那种生搬硬套、不加思索地遵循规则，及其愚笨的人际后果，这种情况很可能发生在这样一些治疗师身上，他们不理解治疗界限和伦理在不同水平上的意义及其背后蕴含的道理。而那些对界限感到舒服的治疗师，体验到界限有助于提高疗效和保障治疗的安全，发现界限在治疗过程中是同盟、是防护。通过帮助治疗师将非治疗需求和冲动性保持在适当的界限里，实际上允许治疗师有更高水平的自主性和热情（Borys, 1994, p. 273）。

在拉扎陆斯博士的文章中，让人感到不安的是他把双重角色中固有的复杂性过度单纯化了。当他声称通过打网球或一起吃饭比在咨询室里对患者的了解要多时，会让读者怀疑他是怎样处理这些情景的。当他和患者一起打网球或吃饭时，他会要求他的患者为他所花费的时间付款吗？如果不付款的话，为什么当他进行社交的时候要"工作"呢？此外，我想知道他是如何抉择的：当他和患者打网球时，由于患者脆弱的自尊，他是应该尽力取得胜利呢，还是尽力使他的患者取得胜利呢？患者如何对他的不清楚的角色进行反应呢？患者会不会由于害怕危害他们的友谊而开始对治疗师保留一些信息呢？患者如何知道何时是在进行治疗活动，何时的交往只是纯粹的社交呢（Gabbard, 1994, p. 286）？

拉扎陆斯是正确的，他提醒我们，遵守伦理守则和风险管理程序必须要有好的临床判断做背景。然而……争辩说遵守这样的守则可能甚至会伤害患者，是无事实根据的论断，也是不负责任的（Gottlieb, 1994, p. 291）。

在［拉扎陆斯的］所有例子中，确实没有一个考虑到对患者的影响……对每一个干预而言，不管计划得多好，患者的体验可能都不好（Gutheil, 1994, p. 296）。

最后的评论来自劳拉·S. 布朗（Laura S. Brown），她将讨论范围扩大了，提出了更一般的伦理、职业、哲学及理论上的问题。这些问题读者将会在第 2 和第 3 章中读到。摘录了她对拉扎陆斯文章的更长评论，随后呈现。

参考文献

Bennett, B. E., Bricklin, P. M., & VandeCreek, L. (1994). Response to Lazarus's "How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness." *Ethics & Behavior*, *4*, 263-266.

Borys, D. S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethics & Behavior*, *4*, 267-273.

Gabbard, G. O. (1994). Teetering on the precipice: A commentary on Lazarus's "How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness." *Ethics & Behavior*, *4*, 283-286.

Gottlieb, M. C. (1994). Ethical decision-making, boundaries, and treatment effectiveness: A reprise. *Ethics & Behavior*, *4*, 287-293.

Gutheil, T. G. (1994). Discussion of Lazarus's "How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness." *Ethics & Behavior*, *4*, 295-298.

具体的界限和如实的感受：对拉扎陆斯的回应 6

⊙ 劳拉·S. 布朗(Laura S. Brown)

……

我认为拉扎陆斯的文章指出的问题是不正确的，他这样做会危及对伦理困境的深层次探讨。而且，在心理治疗中构建框架和界限的问题，不仅允许也滋养了治疗师和来访者交往的人性、同情和亲情。问题的所在，并不是在心理治疗中伦理标准的发展需要小心、谨慎和界限分明，而是在于其他三个方面。

困境的第一个方面是，主流心理健康学科并不欣赏心理治疗关系的权力动力学，不仅仅从符号水平上（如移情）考虑，而应根据任何心理治疗关系自身所处的现实社会和政治背景所形成的模式……问题的第二个方面是，面临这样的困境，即心理健康的专业人士们似乎认为，我们的伦理守则就是一组决策规则，这种决策规则可以使我们认真、合理地考虑行为的意义，避免滥用在咨询关系中的权力。我们的伦理标准不是一堵禁锢我们的墙，阻止我们与人类的联系。相反，它们是一种潜在的伦理方法，指引我们如何思考是什么形成了伦理行为，由此我们可以对每一个新的情景和人物做出新的反应……问题的第三个方面是，伦理不是被看作临床实践的核心而融入到临床实践的其他方面，如诊断、个案概念化和心理治疗，而是（在大多数情况下）被当成一种负担——需要担心、反抗或忽视的方面，而不是心理治疗师认识论的核心成分。该问题反映了我们的培训项目在如何传授伦理上存在的问题。（我们）在进行伦理培训时，要么把它作为一门选修课，要么在培训时很少清楚地把伦理与治疗师所从事的其他各种事情联系起来。

……

拉扎陆斯能公开他的这个演讲，我由此欣赏他的坦率及愿意冒被同事辱骂的风险的勇气。我只能重申我的意愿：（希望）他的评论更多地是解释了他在工作中是怎样做出伦理决定的，而不是让我们以悲伤的态度来遵从伦理规则。在心理治疗中宣传以决策为基础，而非以规则为基础的伦理方法，得益于每一位心理治疗师的贡献。我们最初的很多伦理守则反映了很多心理治疗师的现实困境。从这个演讲中得出的最好的结果可能是：治疗师改变了他们的伦理方法，离开了那些遍及于主流文化及日益弥漫于心理治疗文化中的具体和法律的条文。

评论:

拉扎陆斯对每一个批评,那些被他看成是范围涉及从警告到完全敌意的批评,都有做出回应的机会。他的回应值得完整地去阅读,但是正如拉扎陆斯所说,“我自己的观点与他们的主要不同,简要概况为:按照‘风险—效益比率’,他们主要踌躇于潜在的代价和危险,而我关注于当超越一定的界限后可能产生的利益”(Lazarus,1994,p. 299)。对多重关系的精彩评论,历史的和法律的分析,以及对新标准的争论,可以参读埃伯特的文章(Ebert,1997)。

性亲密问题也是那些培训心理学家的人面临的一个问题。波普等(Pope, Levensen, & Schover, 1979)对481名APA成员的调查结果发现,近10%的人称当他们是学生时至少曾与自己的培训者之一保持性关系。在此问题上存在显著的(性别)差异,与男性相比(3%),发生这种关系的女性的比例更高(17%)。对女性而言,他们的性关系大多数都是和老师之间发生的,而对男性而言,是与他们的临床督导。

从另一个角度,波普等(Pope,1979)报告,12%的心理学教师、4%的督导及3%的管理者暴露了他们与其学生之间的性关系(与之相比,调查中有7%的治疗师报告与来访者有性关系)。仅有2%的人明确认为培训者—被培训者的性关系是有益的;21%认为可能是有益的,其他的认为不可能是有益处的。

依据对APA第12分会(临床心理学分会)的464名女性成员的问卷回答,格拉泽尔和索普(Glaser & Thorpe ,1986)发现,(成员们)对教师和学生之间的性亲密有更大的不满。17%的女性曾和教师发生过性关系,与波普等的研究结论基本相同。然而,与波普等的研究中有77%的人认为性关系是有害的结论相比,格拉泽尔和索普(Glaser & Thorpe,1986)的研究表明:“超过95%的人认为这种关系不道德、强迫,在很大程度上对工作关系是有害的”(Glaser & Thorpe,1986,p. 49),即使在关系发生的当时,很多人没有意识到伦理问题或感到胁迫或被剥削。

在一项最新的对教师与学生之间性亲密的研究中,作者调查了1 000名临床和心理咨询博士培训项目的毕业生(回收率为51%)。结果是对15年前研究数据的跟踪,15%的女毕业生和2%的男毕业生在培训期间和教师发生过性关系,即性交或生殖器刺激。作者的确发现,对于女生而言,大部分这类关系是与1983年以前毕业的人发生的,但是作者总结道:

> 尽管如此,这些问题行为仍在以令人担忧的频率发生……学生被试对这些经历的态度随着时间的流逝似乎变得更加消极,其回溯意见是,认为这种关系是被迫的,对他们会产生消极后果。这些关系中性别和年龄构成还反映了一个大的权力差异:关系模式是在一个年龄较大的男教授和一个年轻的女毕业生之间(Hammel,Olkin & Taube,1996,p. 96)。

《1992年守则》的第1.19条标准中规定:

> 在培训中,心理学家不准与对其有评估或指导权的学生或被督导者发生性关系……

《2002年守则》,现在的第7.07条标准中规定:

> 心理学家不准与在他们的系、机构或者培训中心的,或对其有(或很可能有)评估权的学生,或被督导者之间发生性关系。

这是否意味着可以排除这样的亲密关系,其中一个为心理学专业的博士,而另一个是动物行为学专业的教师,两个人之间没有其他学术联系?这是否是对私人行为的过度规范,或是否有其他价值观念禁止这种关系?

尽管性亲密关系是个令人困扰的问题,但是在教学和培训机构中也有其他种类的多重关系发生。例如:

> 教授可能有一位同事、家庭成员或者朋友想听他们的课;教授可能想与他现在所教的一个班级的学生成为朋友;教授可能想与他现在所教班级的一个学生发展商业上的关系;教授和他的学生可能是同一个社会机构或教堂的成员;教授可能想与他现在的学生约会;教授可能想与现在的学生发生性关系;教授,同时也是心理学家的来访者想听他们的课(Blevins-Knabe,1992,p.151)。

教师与学生之间性关系的普遍程度如何?下面的摘录会给出一些答案。

参考文献

Blevins-Knabe, B. (1992). The ethics of dual relationships in higher education. *Ethics & Behavior*, *2*, 151-163.

Ebert, E. (1997). Dual-relationship prohibitions: A concept whose time never should have come. *Applied & Preventive Psychology*, *6*, 137-156.

Glaser, R. D., & Thorpe, J. S. (1986). Unethical intimacy: A survey of sexual contact and advances between psychology educators and female graduate students. *American Psychologist*, *41*, 43-51.

Hammel, G., Olkin, R., & Taube, D. (1996). Student-educator sex in clinical and counseling Psychology doctoral training. Professional Psychology: *Research and Practice*, *27*, 93-97.

Lazarus, A. A. (1994). The illusion of the therapist's power and the patient's fragility: My rejoinder. *Ethics & Behavior*, *4*, 299-306.

Lazarus, A., & Zur, O. (2002). (Eds.). Dual relationships and psychotherapy. New York: Springer.

Zur, O. (2001). Out of office experience: When crossing office boundaries and engaging in dual relationships are clinically beneficial and ethically sound. *The Independent Practioner*, *21* (2), 96-100.

Pope, K. S., Levenson, H., & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychology training. *American Psychologist*, *34*, 682-689.

助教与学生之间的亲密关系：伦理与现实的思考 7

⊙ 莎拉·E. 奥伯尔兰德和杰夫里·E. 巴勒尔(Sarah E. Oberlander and Jeffrey E. Barnett)

教师—学生的关系通常有角色多重化和重叠的特点，其中很多关系可能是必要而恰当的，比如教授—指导老师、教授—研究导师和教授—教学助理导师(Biggio et al.,1997)。非性的多重关系可以使教师担任多种角色，如向导、榜样、教师和毕业学生的担保人等，为学生的职业和个人发展提供了独特的机会(Johnson & Nelson,1999)。

然而，与性多重关系类似的是，在指导关系中常常出现的亲密性和相互性也会导致剥削的可能性(Johnson & Nelson,1999)。尽管难以确定教师—学生性关系的真实比率，一些研究显示了令人担忧的趋势。波普等(Pope,Levenson & Schover,1979)对美国心理学会心理治疗分会的481名教师的调查结果发现，13%的教师称曾与学生发生过性关系。

在APA的教育机构工作的482名成员中有超过10%的人与学生之间有过性关系(Tabachnick,Keith-Spiegel & Pope,1991)，尽管有71%的人认为与学生之间的性关系毫无疑问是不道德的。塔巴切尼克(Tabachnick)等人的研究发现，约20%的人在课程结束时与学生陷入性关系中，约21%的人认为这种关系无疑是不道德的。只有24%的人称从来没有受到过学生的性吸引，超过15%的人认为这种吸引毫无疑问是不道德的(Tabachnick et al.,1991)。近期研究表明，教师和学生之间的性关系的发生率可能下降了，一项对368名APA心理学家的调查结果发现，只有3%的人与学生发生过性关系(Lamb et al.,2003)。

在一项对老师—学生性关系的回溯性研究中，哈梅尔等(Hammel,1996)发现，与事情发生当时的看法相比，被调查者(现在都)认为在他们毕业培训时所发生的这类关系是“被强迫的、违背伦理的且有碍工作关系”(p.93)。研究表明，在培训期间陷入性关系中与将来陷入有问题的多重关系及剥削行为之间存在相关(Biaggio et al.,1997;Pope et al.,1979)。尽管并非所有的研究都证明了这一结论(e.g.,Lamb & Catanzaro,1998;Lamb et al.,2003)，但是那些和来访者、学生或被督导者之间发生过性关系的心理学家中，有77%的人都称这种关系是以令人不快的方式结束的；90%的人都表示他们将杜绝类似关系的再度发生(Lamb et al.,2003)。

参考文献

Biaggio, M., Paget, T. L., & Chenoweth, M. S. (1997). A model for ethical management of faculty-student dual relationships. *Professional Psychology: Research and Pracitce*, *28*, 184-189.

Hammel, G. A., Olikin, R., & Taube, D. A. (1996). Student-educator sex in clinical and counseling psychology doctoral training. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 93-97.

Johnson, W. B., & Nelson, N. (1999). Mentor-protégéé relationships in graduate training: Some ethical concerns. *Ethics & Behavior*, *9*, 189-210.

Lamb, D. H., & Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and non-sexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 498-503.

Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients, supervisees, and students: Occurrence, impact, rationales, and collegial intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*: *34*, 102-107.

Pope, K. S., Levenson, H., & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychology training: Results and implications of a national survey. *American Psychologist*, *34*, 682-689.

Tabachnick, B. G., Keith-Spiegel, P., & Pope, K. S. (1991). Ethics of teaching: Beliefs and behaviors of psychologists as educators. *American Psychologist*, *46*, 506-515.

评论:

与大学校园里一样,在实习生和他们的督导之间也可能发生可质疑的、性的、社交的治疗和商业关系。斯里姆和布里安(Slimp & Burian, 1994)认为这种关系可能导致教师不能保证以实习培训的需求为首要任务;会损害实习的专业功能和对个人的作用(尤其是在性关系的情况下);会减少客观评价的可能性;会导致利益冲突;会减弱保密性,会导致实习过程中剥削情况的发生。

现行的《2002 年准则》中现在包括两条新的规定,用以防护在教育和培训情景中,学生个人资料被披露及被强制进行治疗。见标准中的 7.04 和 7.05。如斯里姆和布里安(1994)所主张的,7.05 中禁止教师为他们正在或将要进行评估的学生进行治疗。

近期对这些问题的其他讨论参见 Biaggio, Paget 和 Chenoweth (1997)、Burian 和 Slimp (2000) 以及 Russell 和 Petrie (1994) 的研究。

本章的最后部分讨论了关于如何预防、惩罚或矫正不道德的多重关系的问题。分别探讨了培训、决策和干预。

参考文献

Biaggio, M., Paget, T. L., & Chenoweth, M. S. (1997). A model for ethical management of faculty-student dual relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 184-189.

Burian, B., & Slimp, A. (2000). Social dual-role relationships during internships: A decision-making model. *Professional Psychology: Research and Practice*: *31*, 332-338.

Russell, R. K. & Petrie, T. (1994). *Issues in training effective supervisors. Applied and Preventive Psychology*: *3*, 27-42.

Slimp, A. O., & Burian, B. K. (1994). Multiple role relationships during internship: Consequences and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*: *25*, 39-45.

临床心理学性伦理培训的现状：数量、质量及效果



⊙ 琳达·M. 赫斯曼和杰妮·E. 斯德克(Linda M. Housman and Jayne E. Stake)

令人担忧的是，许多学生对性伦理原则没有足够的了解。尽管很多学生说接受过培训，并且主任也对培训进行了确证，但是学生对性伦理的理解并不比早期研究中接受过较少性伦理培训的在业的专业人士多(Borys & Pope，1989；Herman et al.，1987；Pope et al.，1986)。在本研究中，7%的学生不知道与当前的来访者发生性关系是永远被禁止的；34%的学生不知道协议终止或转介并不意味着治疗师可以和他们的来访者发生性关系；68%的学生不知道对来访者产生性感觉是正常的、不违反伦理的。那些被来访者吸引但又没有和督导讨论过这种吸引的学生，对此尤其不了解，因此他们更容易错误处理这种吸引力情感，并犯伤害自己和来访者的治疗错误。

由于课时与知识多少之间并不直接相关，我们知道增加课时并不是提高学生理解力的全部方法。另外，提高培训的效果也是重要的。我们的结果发现，更有效地传授性伦理原则的一个方法是督导。学生与其督导就实际的来访者的吸引(问题)进行讨论，展示了最多的性伦理知识。督导成为一种促进学生理解性伦理的特别有效的方法，其原因如下：首先，督导处于这样一种位置，可以监控(任何)治疗关系中开始显现出来的轻微违界行为，且可以帮助被督导者意识到，打破界限会导致怎样的结果，并对性的治疗关系作出指导(Gabbard，1997；Sonne & Holroyd，1993)。其次，学生通过督导可以消除疑虑，明白对来访者产生吸引感不是异常的或令人羞愧的。拉达尼等(Ladany，et al.，1997)发现，在督导中讨论了吸引感的学生感激其督导，能接受并将自己的感情正常化。此外，督导可以帮助学生利用其吸引感来理解来访者和治疗过程。督导可以和学生一起探索关系的动态性，其导致了吸引，并有助于学生识别在治疗中遇到的个人问题。最后，督导可以帮助学生意识到如果他们对吸引力采取行动将会导致的危害，还可以强调在治疗关系外解决吸引感的规则。督导的位置最有利于(向学生)传达：没有一个行为(包括转介或协议终止)，可以证明与来访者之间的性关系的发生是道德的。汤普森等(Thompson，Shapiro，Nielsen & Peterson，1989)及波普等(Pope，1993)曾描述过这种探索和教学可以有效进行的督导模式。他们强调，在督导中反映出来的"学生治疗师期望什么"十分重要，尤其要注意与被督导者保持适当的界限，且要提供他们自我探索的条件，增强他们的自我意识。

尽管直接督导有各种好处，但并不是所有学生都得利于这种性伦理培训方法。

因此培训项目不能把督导咨询作为体验培训的唯一方式。相反,培训项目应为所有学生提供一些有计划的培训形式。性伦理培训模型应该包括体验的成分,如练习澄清和设置与来访者的界限的能力,讨论录像带中描绘来访者与治疗师的性感觉的场景及伦理困境的场景,对导致性不端行为的常见情景进行角色扮演及提供讨论个人案例的机会……

为充分理解在治疗中性伦理的违背是如何发生的,培训不仅要涉及治疗场景,而且要更广泛地涉及治疗所处的社会和政治背景。学生需要意识到他们自己和来访者之间的权力差异,以及在性别、种族、社会阶层和教育上的不同地位如何增加了这种权力差异。尤其重要的是,对性别权力动态性的认识有助于理解治疗中的性虐待是如何发生的……

更令人担忧的是,很多已经跟他们的督导讨论过吸引问题的学生,仍然对需要处理这种吸引力缺乏伦理理解。他们虽然比其他学生对此有更好的了解,但是其中仍有47%的学生认为对来访者的性感觉是不可接受的,7%认为与目前的来访者发生性关系是道德的、治疗性的。这些结果表明:一些学生所接受的督导没有有效地传达性伦理原则。有些接受督导的学生不能确定他们受来访者的吸引,或者不能充分意识到他们对感觉所采取的行为是不能被接受的。尽管培训负责人多少意识到他们的性伦理培训尚有提高的空间,但是他们并没有清醒地意识到问题的重要性,特别是他们高估了学生感觉可以安全地就来访者的性吸引力问题进行探讨的督导和教师的数量。

鉴于有效进行性伦理培训的培训氛围的重要性,怎样才能做得最好呢?首先,应该直接对项目进行评估及鉴定项目的不足之处。培训负责人应该收集学生对性伦理培训的满意度及舒适度的信息及其对性伦理原则的理解情况。其次,要记住更多的培训与学生咨询督导的意愿之间存在联系。教学培训的呈现对学生而言显然是个提示,提示他们治疗师—来访者性关系的问题是一个正当的忧虑,督导愿意对此进行督导。性伦理培训,应有助于形成一种普遍的培训风气,学生能从中理解在督导中讨论这些问题的适当性、重要性和价值。

第三,要制定一个教师对学生的行为的方针,这一方针要与期待的学生对来访者的行为相平行。

最后,我们的发现表明,在对学生培训早期就强调治疗中的性问题十分重要。

参考文献

Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client. A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 283-293.

Gabbard, G. O. (1997). Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *144*, 164-169.

Herman, J. L., Gartell, N., Olarte, S., Feldsein. M., & Localio, R. (1987). Psychiatrists-Patient sexual contact: Results of a national survey, Ⅱ: Psychiatrists' attitudes. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 164-169.

Ladany, N., O'Brien, K, M., Hill, C. E., Melincoff, D. S., Knox, S., & Peterson, D. A. (1997). Sexual attraction toward clients, use of supervision, and prior training: A qualitative study of predoctoral psychology interns. *Journal of Counseling Psychology*, *44*, 413-424.

Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients. The human

therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, *41*, 147-158.

Pope, K. S., Stone, J. L., & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy. Explorations for therapists and therapists in training*. Washington, DC: American Psychological Association.

Thompson, P., Shapiro, M., Nielson, L., & Peterson, M. (1989). Supervision strategies to prevent sexual abuse by therapists and counselors. In B. E. Sanderson (Ed.), *It's never OK: A handbook for professionals on sexual exploitation by counselors and therapists* (pp. 19-26). St. Paul: Minnesota Program for Victims of Sexual Assault.

评论:

关于预防和培训的其他有益的文章(一些文章中有讨论的简评),可参读:

Anderson, S. K., & Kitchener, K. S. (1998). Nonsexual post-therapy relationships: A conceptual framework to assess ethical risks. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 91-99.

Biaggio, M., Paget, T. L., & Chenoweth, M. S. (1997). A model for ethical management of faculty-student dual relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 184-189.

Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social works. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 283-293.

Brodsky, A. (1989). *Sex between patient and therapist: Psychologist's data and response. In G. O. Gabbard (Ed.), Sexual exploitation in professional relationships* (*pp. 15-25*). Washington, DC: American Psychiatric Press.

关于培训对象的特点和培训因素的讨论,即那些可能导致或降低未来临床医生陷入不端性行为可能性的因素及预防措施的讨论(如督导和研讨会等),见:

Hamilton, J., & Spruill, J. (1999). Identifying and reducing risk factors related to trainee-client sexual misconduct. *Professional Psychology: Research and Practice*, *30*, 318-327.

Lamb, D. H., & Catanzaro, S. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional pratice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 438-503.

Lerman, H. (1990). *Sexual intimacies between psychotherapists and patients: An annotated bibliography of mental health, Legal and public media literature and relevant legal and public media literature and relevant legal cases* (*2nd ed.*). Washington, DC: American Psychological Association.

Rodolfa, E., Hall, T., Holms, V., Davena, A., Komatz, D., Autunez, M., & Hall, A. (1994). The management of sexual feeling in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 168-172.

Vasquez, M. (1998). Counselor-client sexual contact: Implications for ethics training. *Journal of Counseling and Development*, *67*, 238-241.

APA 也力求教育那些使用心理服务的公众。见:

Committee on Women in Psychology, American Psychological Association. (1989). If sex enters into the psychotherapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*, 112-115.

审视多重关系时的风险管理 9

◎ 杰夫里·N. 杨格瑞和米歇尔·C. 加提里(Jeffrey N. Younggren and Michael C. Gottlieb)

我们中的一员杰夫里·N. 杨格瑞(Jeffrey N. Younggren)最近出席了一个伦理工作坊。在那儿,一名律师发言说,"心理治疗中所有的双重关系都是不道德的,或者至少让你和你的发证机构有陷入麻烦的风险"。心理健康专家们普遍持有这种共识,尽管有些人持反对意见,认为双重关系并不总是带来损害,有时候也能有所帮助(例如,Lazarus & Zur,2002)。这些相反争论的共存可能会引起混乱,因为双方都把一个复杂领域的专业实践过于简化了。

专业实践富含着产生多重关系的潜在危险,而且发生这些关系的情景大不相同。心理学家们频繁地选择建立这些关系,实际上大多数是因为无法避免。而且在某些情况下,有些心理学家甚至可以在观念上避免这种双重关系,不仅因为它是不道德的,而且因为它对治疗本身具有潜在的破坏性(Campbell & Gordon,2003)。例如,在一个狭小社区里孤独的医生,由于空间的邻近和生活条件的原因,他或她不得不和病人保持一些多重关系。在这种情况下为了避免与病人的所有接触,医生需要过着一种虚拟的隐居生活。更糟糕的是,这可能会使社区中其他成员对医生的这种不寻常的行为产生疑问。一名脱离社会的医生只会吸引很少的病人,由于无法让自己融入社会,所以毫无疑问对病人提供的服务也较差。这些例子迫使专家们接受合乎逻辑的观点,即并不是所有的多重关系都是不道德的(American Psychological Association [APA],2002)。

对面临决定是否需要参与多重关系,或无意发现自己已置身于一种关系中的医生来说,需要全面地分析潜在危险。我们的目的有二:第一,我们把重点放在如何评估和管理这种关系,以避免剥削和伤害病人;第二,我们要讨论如何把医生的风险最小化。

……

不要把本文看成是处理多重关系问题时需要界定或执行的问题清单。专家和病人之间关系的复杂性受许多因素的影响。在此我们提出了一系列的问题,旨在帮助医生能更广泛、更系统地思考这些问题。这些问题既关注病人的幸福,也关注医生针对病人和治疗师的风险管理需求。我们也提出了解决这些问题的一些假设,如下所示。

假 设

(1)**卷入多重关系具有伤害病人的巨大潜力，在一般情况下，它应该被避免**(APA,1992,2002)。反对多重关系主要是基于禁止与病人发生性关系。尽管不当的性行为会毫无疑问地对病人造成伤害，明显地构成不道德行为，而且在某些州会触犯法律，但是多重关系的概念延伸得更为广泛了，还包括许多类型的可能会对病人产生危险，或给治疗者带来风险的非性的多重关系。这些更为模糊的情形促成了下述指南的建立。

(2)**心理学家具有许多不同类型的职业关系；不是所有的职业关系都涉及心理治疗患者**……从其他类型的职业关系中产生的伦理和风险管理问题与心理咨询中产生的并不一定有相同类型或风险度。逻辑上讲，那些从事只涉及较少亲密活动职业的人，比如生物反馈、咨询、法医服务和各类评估，需要意识到风险与多重关系相联系，在这些情景下，关系的动态性常常不同于心理治疗。但是，读者应铭记，从事这些行业的个体在与顾客建立额外的关系前，可能会问自己许多相同的问题，而且一旦这种关系无意中产生了，也能自己解决风险。

(3)**有些多重关系是完全无法避免的，甚至是强制性的，比如发生在军队里的多重关系**(Barnett & Yutrzenka,1994)。心理学家凭借职业角色而被置于法律强制的双重关系中。例如，军事心理学家被频繁地置于一种情景中，他们需要对治疗的个体进行行政评估。由于人事部门的局限性，再加上军事任务的独特性，心理学家必须执行这些双重关系，否则就会冒着违反军事司法统一法规的风险。这个悖论是伴随军事心理学家角色的独特性而产生的，只有通过知情同意(informed consent)，军队里的心理学家和类似情况下的心理学家才能成功处理这些潜在的风险冲突。尽管问题重重，但这类独特的问题还是超出了我们的预定范围。

(4)**当在脱离实际的情况下做决定时，医生为自己和他们的病人创造了风险**。我们假设，向值得信任、知识渊博的同行请教，能够加强决策过程的所有步骤。那些考虑建立双重关系的医生应该在决策过程中与同行们进行协商。

(5)**良好的风险管理也意味着提供良好的服务，这并不是相互排斥的观点**。本文强调向病人提供良好的服务，同时也要保护服务提供者。尽管在某些情况下要实现这两类目标是不可能的，但我们认为它们构成了大多数专业医生的现实目标。如果假设良好的服务通常是让病人满意的服务，我们知道，满意的病人中成为诉讼和纪律投诉始发者的，远比那些不满意的病人要少很多(Hickson et al. ,2002)。

(6)**当仲裁小组，如伦理委员会或国家管理委员会，在评估涉及有害的多重关系的案件时，他们有必要从回溯的角度关注临床医生的行为**。当从业者考虑建立多重关系时，他们必须事先考虑专业机构可能如何评价这种回溯性投诉。因此，当考虑是否要建立多重关系时，明智的做法是，评估在未来，在一个完全不同的背景和环境下，当前行为会如何反应。

疑 问

(1)**卷入双重关系对专业人员而言是必要的吗？还是我应该避免它？**心理治

疗,由于其特性,成为一种独特而复杂的人际交往过程。对诊断的陈述可能会随着更多信息的发现而有进展,并引起治疗计划和目的的改变。简单地说,一名医生不可能一开始就知道治疗过程的走向。开始貌似简单的临床表现可能会变成非常复杂和困难的临床治疗情况,甚至连最有经验的医生可能都无法预测。在这种情况下,卷入双重关系充满了不必要的风险。所以,对病人和医生来说,最大的益处是尽可能地避免双重关系。

(2)**双重关系是否会对病人造成潜在的伤害**?生物医学伦理的一项基本原则是,干预并不会对病人造成伤害(Beauchamp & Childress,1994)。除此之外,如果某种伤害是治疗中不可缺少的成分,那就得让这种伤害最小化。在这方面,除治疗关系以外,任何被提议的关系也都必须分析这种伤害带来的风险(Gohhlieb,1993)。这并不是说卷入某种双重关系的专家必须预期和防止一切风险,而是说专家有信贷义务(fiduciary obligation)来合理地预期可预知的风险,并尽可能地去避免、减轻和管理它们。

现在思考下面的例子。居住在偏远小区的一名治疗师,同意在地方教会的礼拜室里提供服务。随后,牧师的妻子寻求治疗师的治疗。该治疗师知道这位病人要走很远的路才能来此获得服务,于是答应见她。看起来这个决定对牧师的妻子会有帮助,但是同意治疗她却具有可预知的风险。如果治疗开始后,教堂的一些成员变得对牧师不满,礼拜室必须决定是否要重新制定与治疗师的合同,该怎么办呢?由于该病人知道治疗师在礼拜室中的地位,因此他们的这种职业关系可能会严重受损,即使治疗师不用参与礼拜室的争论。这个例子只是为了进一步强调指出,看起来可能是一个谨慎的决定,当面临随之而来不可预测的事件时,也可能同时建立风险。虽然这个问题不是因治疗师而产生的,但这一情景的处理必须本着病人利益至高无上这一原则。

有人可能会争辩,认为额外关系不可能预测未来的危害。现实是,人们更容易相信,一种多重关系在危害已经发生和投诉已经提交后便已经产生了风险。尽管如此,仲裁机构还是会密切关注医生是否会考虑未来危害的可能性,并且如果危害是一个合理的可预知的结果,那么医师应该承担随之而来的裁决。

(3)**如果危害看似不太可能或者是可以避免的,那这种额外关系会是有益的么**?这类困境经常出现于那些在与世隔绝的社区里工作的人群中。例如,当医生要从一个小镇里唯一的汽车经销商手中买一辆汽车,而汽车所有者正是一名病人的时候,他该如何做呢?他应该做成这笔买卖,通过提高病人对治疗师的信任来加强治疗联盟,从而对治疗产生积极效应?还是买下这辆车来增加病人感受到的被治疗师信任的感觉?如果治疗师决定从病人手中买下这辆车,那又该如何协商价格呢?治疗师应该支付这辆车的定价吗?这样做会导致治疗师因被迫支付更多的钱而愤怒吗?另一方面,如果在其他地方买下这辆车,人们会思考为什么治疗师要避免这位当地经销商吗?治疗师可能会提出一个特殊的问题,是否强大的社会压力的存在有助于当地的经济?在这个例子中,购买车辆可能不仅会引起邻里间的疑问,也可能对治疗联盟产生负面影响。从这个貌似可信的例子中可看出,在评价病人和治疗师如何从额外关系中获益时需要谨慎、深思和深谋远虑。

(4)**双重关系是否具有破坏治疗关系的风险**?这个疑问不仅需要在治疗前仔细地思考,还需要在整个治疗过程中定期地重新评估。鉴于有必要使风险最小化,

选择与病人建立双重关系的治疗师,必须以治疗关系不会被其他额外关系破坏的方式来管理这种关系。只要有可能,在建立额外关系前,治疗师有义务和病人详细探讨潜在危害的问题。而且,治疗师和病人都应该定期审查谈论的话题,以防止治疗联盟的破坏。此外,治疗师有义务预期可能破坏治疗联盟的各种情况,因为顾客很可能不会识别它们。这种超前的考虑也许会对治疗过程有益,它为与病人一起讨论这类问题提供了一个起点。病人可能感受到被治疗师更多地顾和保护,从而促使治疗效果的提高。

看看这个例子。一个年轻、有吸引力的女病人最初的诊断表明是一种轻微的急性抑郁。而男治疗师正处于痛苦的离婚阶段中,他最近正在考虑加入一个舞蹈小组来增加社会化机会。在治疗过程中,他得知病人喜欢跳舞,而且是他正考虑加入的俱乐部的成员。在向一名值得信任的同行咨询,以及与那名同行谈论了自身的挣扎后,他决定加入另外的舞蹈小组。随着治疗的进行,治疗师开始怀疑他的病人可能患有边缘性人格障碍(borderline personality disorder)。

在这个例子中,治疗师没有理由相信如果他加入了和他病人相同的舞蹈俱乐部后会产生任何问题,但是同行的两个问题引起了他的注意。第一,治疗师的情绪状态使他变得很脆弱,可能导致把感情投射到病人身上,这样就使治疗复杂起来;第二,这名患病时间较短的病人,一旦她的抑郁症状开始减轻,治疗师不知道是否他的诊断会保持不变。在这里治疗师把约束强加于自己身上,许多人可能认为是不必要的。然而,本例中治疗师的判断被证明是非常谨慎的,他把治疗关系放在决策过程之首,从而保护了这种职业关系。

(5)**我们能否客观地评价这件事?** 该问题说明了健全风险管理的基本原则。我们必须承认,一个人处事不客观可能自己意识不到。但当一个人面临这类问题时,认真地自我评估总是一个好的开始。远离潜在的双重关系,审视它、审视自己和自己的动机,都必将有助于使这件事明朗化。此外,回顾这个领域现有的文献,也能提高个体的客观性,甚至能回答有关目前服务的职业标准问题。

回答客观性问题的其他唯一的方法,首先在于向值得信任的同行咨询(重要的是注意获得来自他人的咨询,比如律师,也应包括在内)。这种固有的与无意识需求相联系的,或有意识但被忽略了的需求相联系的高风险,使我们向他人强调这类职业担忧显得极有价值。当回答个人客观性问题的答案还不清楚时,我们就必须和他人一起讨论和处理这个问题,以便得到尽可能周到、客观的答复,好的临床服务和风险管理。

风险管理

一旦治疗师解决了上文提到的"治疗导向(treatment oriented)"问题,并且决定继续一种双重或多重关系时,他或她现在就应该回到我们称之为"风险管理模式"这个问题上来。由于建立额外关系的决定会对病人、治疗和治疗师带来风险,因此他们必须采取风险管理策略,这些策略能在对非专业操守的指控不足的情况下提供保护。尽管有些人把这种策略看作是"自我服务",但是现实的诉讼社会需要自我保护的行为。而且,与我们的假设一致的是,良好的风险管理也是与良好的临床和道德实践相符的。因此,当选择建立双重或多重关系的时候,谨慎的治疗师应该立

即解决如下问题。

(1)**治疗记录中是否充分记录了决策过程？** 因为法律的精神是"如果没有写下来，那就没有发生"，不够充分的记录可能会否定整个决策过程的存在和价值，不管它多么全面和周到。无论治疗师已经把本文开始提到的问题处理多么好，如果这一过程没有被记录在案，那么所提供的保护会大部分丢失。一旦申诉或提出诉讼，努力解释没有记录的这一行为将会被人怀疑，并被视为自我服务，因为治疗师把个人利益放在病人利益之前。另一方面，良好的记录大大有助于防御职业上不当行为的指控(APAIT [American Psychological Association Insurance Trust]，2002a；Nottingham & Herz，in press)。如果记录反映的是深思后而选择建立一种双重关系的决策过程，那么就可以增强个体的防御，即使这个选择被证明是错误的。

更具体地说，记录应该反映选择发展的过程，并能证明对其他选择也经过了充分的思考。创建文档并生成记录应该以这样的方式，即能让读者得出相同的结论，或者至少能较好地理解治疗师对这件事的想法。为了满足这个标准，治疗师应该确保记录反映了所有的咨询内容，并合理地解释做出选择的理由。

最后，记录应该如何反映病人已经接受了适当的信息，并且同意这种额外的关系？理想的文件证据可以是以签名同意的形式，在下一节会讨论，但是至少这种同意应作为注释反映在病人的病历里。尽管注释为知情同意只提供了微弱的证据，但它仍然证明某种协议确实发生的事实。如果记录没有综合考虑这些因素，就可能使治疗师成为支持该选择的唯一证人。一份良好的记录总是作为第二证人见证实际发生的事情。如果这名"证人"提供的数据支持了治疗师的选择，那么就有更多的论据支持该选择是正确的。

让我们再看看我们的舞蹈同行，假设他选择加入其病人所在的俱乐部。在决定加入前，他与一个同行讨论了在此情境下他个人的脆弱性，以及对他病人可能带来的危害。于是他和他的病人以知情同意的方式重新审视了该问题。病人理解了，并认为他的行为不会对自己造成影响。加入该俱乐部后，为了处理潜在的移情问题，他定期地询问该病人的感受，并且记录下每次询问的结果。现在，他的谨慎治疗创造了一份非常良好的记录，如果该病人打算控告他，他将能站在更坚定的立场上保护自己。

(2)**治疗师是否获得关于建立双重关系的风险的知情同意？** 病人与心理治疗师相比是处于相对薄弱的位置(Kitchener，1988)。当一名治疗师面临一项需要承担多重关系风险的困难决定时，他或她就应该确保病人能够以知情同意的方式充分理解该问题、该选择和每种选择的优缺点(APA，1992，2002；Beauchamp & Childress，1994)。在健康保险的便利性和可解释性条例(HIPAA)时期，知情同意的复杂性增加了，许多知情同意书、治疗师—病人协议现在可以在出版的商业著作里找到，也成为各种组织提供的免费风险管理服务的一部分(Harris & Bennett，1998；APAIT，2002b，APA Practice Organization & APAIT，2003)。尽管如此，此处强调的这类知情同意，明确要求对现有标准形式的一份详细附录，或者是能够明确解决文中涉及问题的一份单独协议。

一般来说，好的做法是在最后决策前给病人时间考虑这些事情(Gottlieb，1993)。如果病人同意继续这种额外关系，那么他们便可以继续。

我们得立刻指出，病人不能对一些会对他们造成严重危险的事情或者违背法律

的事情签署知情同意，因为这些权利不能受到法律豁免。同意与治疗师建立性关系便是一个好的例子。在这类案例中，即使企图用知情同意来作为防御措施，他们也会失败。

(3)**记录是否显示了充分的证据，证明是专业的咨询？**在许多情况下，咨询有助于确立是否达到了标准化服务。向他人咨询支持了以下观点：在一件特定事件中所做的决定，与在类似情况下表现出相似行为方式的其他人指导的情况下做出的决定是一致的。标准化服务的观点最初出现在《2002年美国心理学会伦理准则》里，"合理的"的职业行为被定义为"心理学家运用已有的或在当时应有的心理学知识在相似情景下采取相似行为的普遍的职业判断"（APA，2002，p. 2）。因此，充分的咨询让治疗师能够声称他或她已经做了其他明智的心理学家在相似的情景下将做的事情，同时创造了另外的防御机制来保护他或她违背服务标准的行为不受批评。

如前所述，咨询不应只局限于决定前的交流中，而应该贯穿于整个治疗过程。最后，正如我们所强调的，咨询一定要有记录。大多数治疗师陷入"边走边咨询"的陷阱中，即咨询师和被咨询者都没有记录下谈话内容。最好的做法是，设定专门的时间会见咨询师，对于潜在的存在高风险的严重问题，双方应共同记录下咨询内容（APAIT，2002a）。

(4)**记录是否反映了病人导向（patient-oriented）的决策过程？**尽管做记录不是一项简单任务，但是它反映了部分治疗师努力保护病人以及为了病人的利益而做出正确的选择，这成为法律和道德程序上一项强大的防御武器。即使这个选择随后被证实是不正确的，但是当面临建立多重关系选择的时候，寻找正确的、以病人为导向的答案的可视过程，是一种非常有用的防御武器。

(5)**咨询的来源是否可信？**可信度是很难测量的，由于它往往属于旁观者的看法。尽管如此，不仅在正被使用的治疗方式上，而且在道德和心理健康法律的相关领域上，凭专业技术与他人咨询，都可能是一种非常强大的防御措施。如果不知道如何找到这种顾问咨询师，那么与地方或国家职业协会联系往往具有极大帮助。此外，这些咨询服务经常免费向各种组织的成员提供，包括美国心理学会保险信托（APAIT）和美国心理学会伦理办公室。顾问咨询师非常重要，如果需要为他们的咨询服务付费，我们认为这笔钱用得非常恰当。另外的好处是，当心理学家被起诉或者他或她的营业执照被攻击时，向同行们咨询是非常有帮助的。在这种情况下，顾问咨询师是以目击者的身份作证，由于不参与案例，并且更加客观，因此能代表心理学家更有力地为他（她）们的利益辩驳。

(6)**诊断的问题会影响考虑是否建立双重关系么？**一个字，会！逻辑上讲，与一名在公共场所讲话会恐惧的病人建立的双重关系，可能被其他专家视为与那些患有复杂的边缘性人格障碍的病人，和有着童年性虐待经验的病人所建立的双重关系本质上具有完全不同的风险。一般情况下，我们认为风险是与病人整合的大致水平呈反比的。与整合良好的病人所建立的多重关系可能会呈现各种各样的风险，但这些风险本质上低于与具有严重的情感受损的病人建立的同类多重关系所带来的危险。后面这种情况下的多重关系总不是一件好事。

第二，毫无疑问，诊断总是暂时的。最初的诊断和病人出院时的诊断常常不一样。虽然对某些整合良好的病人而言，多重关系可能是允许的，但是治疗师还是免不了会被愚弄、误诊，或者仅仅是之后才了解到病人更多的信息，使其作出不同的诊

断决定。再次想想我们的舞蹈同行,治疗师承担的大多数风险都取决于对病人诊断的动态发展,而难确诊的边缘性倾向更具有潜在的风险。

最后,不管治疗师是否相信与处于风险中的病人建立双重关系是正确的选择,他或她都必须考虑到当前专家对这类行为的看法。因为这些看法会贯穿于法庭和解决诉讼的过程中。

(7)**对病人的了解会支持双重关系的建立吗**?对一个病人的了解程度对建立双重关系有直接的影响。贯穿本文的观点是,更多、更准确地了解病人的信息有助于确定是否选择建立双重关系。

因此,全面理解病人、病人生活的复杂性、家庭和相关问题,将有助于做出“正确选择”。事实上,当面临作出错误决定的风险时(对病人和治疗师来说),逻辑上讲,越多的信息越有帮助。例如,当考虑是否要与病人建立多重关系时,如果知道该病人有长期好投诉的行为,治疗师便可能不会与该病人建立这种关系。

(8)**治疗师的理论导向(theoretical orientation)会影响考虑是否建立双重关系么**?理论导向会有影响,因为在有些情况下,它可能会增加风险。那些采取更传统的领悟导向(insight-oriented)疗法的人更有可能让病人产生治疗中必须被解决的移情感觉。这些治疗方式一般要求明确的界限和多重关系的避免。相反,这种行为方式被人看作是更传统却不那么复杂的治疗关系。

但由于各种原因,那些持认知或行为角度的治疗师,也难以免除传统治疗中的困难的影响。首先,这些方法并不总是局限于对症治疗。其次,治疗本身并不能排除部分病人和治疗师患有知觉扭曲这一可能性。第三,这类治疗可能随病人病情的好转以及病人治疗需求的发展而得到改善。改变治疗方式也可能改变病人—治疗师关系的本质(Gottlieb & Cooper,2002),而且适合先前治疗方式的多重关系可能并不适合新的治疗方式。

……

实践意义

无论是选择与病人建立一种多重关系,还是无意间发现自己已置身于某种多重关系中,都给病人和治疗师带来了明显的风险。我们承认,这些关系不一定违背职业操守或法律,但它们必须被积极和深入地分析和解决,尽管并不一定要避免。鉴于上述对双方都会产生的风险,这个过程变得极其重要。

治疗师发现他(她)自己正面临这种困境,必须基于病人的最高利益来解决该问题。我们必须认真分析利益冲突的风险,客观性的丧失,以及治疗联盟的破坏。在这之后,治疗师必须同病人重新审视和探讨潜在的问题,使病人积极参与决策过程。如果从这些分析中发现这种关系是合适的,可以接受的,那么治疗师就必须记录下整个决策过程。如果可能的话,通过使用签名方式的知情同意,让病人也成为决策过程的一份子。

完成了对多重关系以病人为导向的评价后,现在治疗师就必须采取一种风险管理的方法来解决问题。那就是,他或她必须从管理或司法机关的角度来审视这种关系和决策过程,由此来看是否治疗师的行为符合治疗标准。心理学家必须尽一切努力来评价,决定建立多重关系是否是公众所期待的。通常治疗师在相同或相似情况

下会做出合理行为。这一过程的完成需要认真审视各种重要问题，比如诊断、健康状况、治疗取向、地区标准和实践，并且在作出是否建立关系的决定时，向合格的治疗师咨询。只有在采取了所有的步骤之后，治疗师才能考虑建立这种关系，才能抱着谨慎的态度建立这种关系。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

American Psychological Association Insurance Trust. (2002a). *Legal and ethical risk management in professional psychological practice—Sequence1: General risk management strategies* [Workshop presented nationally]. Washington, DC: Author.

American Psychological Association Insurance Trust. (2002b). *Sample Informed Consent Form.* Retrieved from http://apait.org/download.asp?item = INF.doc

American Psychological Association Practice Organization, & American Psychological Association Insurance Trust. (2003). *HIPAA for psychologists* [CD-ROM]. Washington, DC: American Psychological Association.

Barnett, J. E., & Yutrzenka, B. A. (1994). Nonsexual dual relationships in professional practice, with special applications to rural and military communities. *The Independent Practitioner*, *14*(*5*), 243-248.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Campbell, C. D., & Gordon, M. C. (2003). Acknowledging the inevitable: Understanding multiple relationships in rural practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*, 430-434.

Gottlieb, M. C. (1993). Avoiding exploitative dual relationships: A decision making model. *Psychotherapy*, *30*, 41-48.

Gottlieb, M. C., & Cooper, C. C. (2002). Ethical and risk management issues in integrative therapies. In J. Lebow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 4. Integrative and eclectic therapies* (pp. 557-568). New York: Wiley.

Harris, E. A., & Bennett, B. E. (1998). Sample psychotherapist-patient contract. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill (Eds.), *Psychologists desk reference* (pp. 191-199). New York: Oxford University Press.

Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2951-2957.

Kitchener, K. S. (1988). Dual role relationships: What makes them so problematic? *Journal of Counseling and Development*, 67, 217-221.

Lazarus, A., & Zur, O. (2002). *Dual relationships and psychotherapy*. New York: Springer.

Nottingham, E., & Herz, G. (in press). *Promoting practice health: Risk managed documentation in clinical practice.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

评论：

在此呈现的摘录里，杨格瑞和加提里(Younggren & Gottlieb, 2004)探讨了狭小社区和军队里的多重关系。该议题正如发生在乡村和其他限定地区中的(多重关系)一样，将在第7章(《治疗和其他干预形式》)更全面地阐述。心理学家在军队中扮演的角色是一个特别棘手的问题。但是，正如杨格瑞和加提里提及，军事背景下的多重关系已经不只是性亲密行为；它们成为军队临床师角色的核心，也成为由该角色引起的忠诚和诚实困境的核心。对这些冲突的讨论，可参见：Johnson (1995)、Johnson, Ralph and Johnson (2005)、Steal

and King (2002)、White (2003)、Knapp and Slattery(2004)。

如果教育和预防都无效,我们还有各种方法来约束那些违反与病人的性亲密界限和其他界限的心理学家和心理健康专业人士。这些约束包括由美国心理学会、国家伦理委员会和执照局提出的起诉,以及原告提出的医疗事故诉讼。一些保险公司拒绝为治疗师与病人在职业责任政策之外的性行为支付保险,或极大地限制支付给受害原告的费用。如果想了解最全面和最新的看法,包括对病人法律制裁的精湛讨论(例如,民事诉讼、执照局的行政诉讼和犯罪禁止)可参见:Bisbing, Jorgenseon & Sutherland(1995)、Jorgenseon, Hirsch & Wahl (1997)、Jorgenson, Randles & Strasburger (1991)、Haspel, Jorgenson, Wincze & Parsons(1997)。

至少有15个州(亚利桑那州、加利福利亚州、科罗拉多州、康涅狄格州、佛罗里达州、佐治亚州、衣阿华州、缅因州、明尼苏达州、新罕布什尔州、新墨西哥州、北达科他州、南达科他州、得克萨斯州、威斯康星州)把病人和治疗师的性行为定为犯罪行为,这种争论仍在继续。见以上引用过的哈斯佩尔等(Haspel et al. ,1997)的论文。

参考文献

Bisbing, S. B. , Jorgenseon, L. M. , & Sutherland, P. K. (1995) *Sexual abuse by professionals: A legal guide*. Charlottesville, VA: Michie.

Haspel, K. C. , Jorgenson, L. M. , Wincze, J. P. , & Parsons, J. P. (1997). Legislative intervention regarding therapist sexual misconduct: An overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 63-72.

Johnson, W. B. (1995). Perennial ethical quandaries in military psychology: Toward American Psychological Association-Department of Defense Collaboration. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 281-287.

Johnson, W. B. , Ralph, J. , & Johnson, S. J. (2005). Managing multiple roles in embedded environments: The case of aircraft carrier psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 73-81.

Jorgenseon, L. M. , Hirsch, A. B. , & Wahl, K. M. (1997). Fiduciary duty and boundaries: Acting in the client's best interest. *Behavioral Sciences and the Law*, *15*, 49-62.

Jorgenson, L, Randles, R. , & Strasburger, L. (1991). The furor over psychotherapist-patient sexual contact: New solutions to an old problem. *William and Mary Law Review*, *32*, 647-732.

Knapp, S. , & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 553-558.

Steal, M. , & King, R. (2002). Managing a multiple relationship environment: The ethics of military psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 698-705.

White, T. W. (2003, September/October). Managing dual relationships in correctional settings. *The National Psychologist*, *12*, 14-15.

将治疗师—病人性行为诉诸刑法 10

⊙ 拉里·H. 斯特拉斯伯格，琳达·乔治森和里贝卡·兰德斯
(Larry H. Strasburger, Linda Jorgenson and Rebecca Randles)

……

支持诉诸刑法的理由

威慑

在是否支持将治疗师—病人的性行为诉诸刑法，最初的争议在于威慑。刑法明确规定该行为是错误的。拥护者认为应该通过明确的法律条文来限制性接触，即该性行为是一种严重的、损害性的且完全无节制的行为，应定以重罪和判处监禁。争议主要在于这种威慑的可能效果，但是在那些有侵犯行为的治疗师中（Schoener et al.，1989；Pope & Bouhoutsos，1986），对那些缺乏经验、未接受过相应培训，或者正在经历中年危机的治疗师而言，这种惩罚的效果可能是好的。

惩罚

除了威慑方面的功用，惩罚也是刑事法规的重要目标……这种在道义上的合理惩罚构成了惩罚性的司法，反过来这种司法又使违法者遭受痛苦。目前在诉诸刑法方面最大的争议可能是，（人们认为）性侵犯是对社会规则的违反，让人难以容忍，因此必须惩罚，尽管有证据证明其对病人有副作用。尽管有些治疗师的行为源于某些病理学的特点，如冲动性、自恋或社会性人格障碍，他们可能不会因为定罪而受到威慑，对这些个体的惩罚在社会意义上仍是必要的。

格外的补偿

因为某种原因，一个在功能上不够有效的刑法应该扩展其现存的程序。在过去，被性侵犯的受害者只能通过下列方式获得补偿：向专业协会的伦理委员会投诉、向发证的权威机构投诉或采用民事诉讼。这些方法每种都存在问题。伦理的程序琐碎而冗长，常常涉及长时间的拖延和专业委员会的无效行为，因为专业委员会本身也害怕被治疗师起诉。向发证机构投诉通常没有反应，或不采取任何措施。民事诉讼会非常昂贵，还有可能拖延好几年。因此，诉诸刑法能在其他途径都失败后，向

受害者提供另一种选择。然而,执行这一选择本身也可能费时较长或被拖延,因为被告会采取行动维护自己的权利。

处理无执照的治疗师

虽然没有灵丹妙药,但诉诸刑法可以提供一种实用的方法,处理那些无执照治疗师和在执照被吊销后仍进行违规操作的无能力的治疗师(Jorgenson et al. ,1991)。发证委员会不能制裁他们,而且由于他们中很多人经济拮据,民事诉讼也无益。

对受害者的经济援助

支持诉诸刑法的人指出,这样的法律可以同时为预防(此类事件发生)和治疗受害者两方面提供资金渠道。例如,明尼苏达州就使用联邦刑事司法项目的经费来资助在处理该问题的教育努力(Sanderson,1989)。在有公共经费资助犯罪受害者的那些州,资助正在治疗的受害者的经费可能不成问题。然而这种经济的援助也有可能是一种无法兑现的承诺。虽然向犯罪受害者提供经济援助在理论上成立,但由于目前国家预算紧缩,致使这类项目的经费被大量削减。

反对诉诸刑法的理由

令人费解的问题

事与愿违的是,诉诸刑法可能导致人们更少报告心理治疗师和来访者的性行为。相比正常情况下,同事间可能更不愿意报告犯规的治疗师,因为伦理投诉会导致刑事费用。这就可以解释为什么有些州已经通过了伦理税(American Psychiatric Association,1989)和强制性法规(Strasburger et al. ,1990),情况却还是这样。来访者也可能不愿意诉讼,想到心理治疗师会受到刑事制裁就害怕。而诉诸诉讼中的,有的是想要惩罚或赔偿,有的想借此削弱治疗师。当然,有些病人可能还不知道,刑事诉讼在没有他们的证词的情况下无法进行,他们可以拒绝提供证词。

不法行为的保险无效

受治疗师侵犯的受害者最关心的问题之一是,诉诸刑法有可能使不法行为的保险无效。虽然保险公司继续承认有义务为被控诉的治疗师辩护,但这并不包括要支付性侵犯的审判费用。诉诸刑法为此提供了正当的理由,正如大多数政策明确规定,刑事犯罪不包含在保险范围以内。那么,诉诸刑法可能会使受害者得不到迫切需要的资金继续治疗。目前还没有与治疗师的不法行为相关的受害者赔偿基金。虽然受害人有可能从心理治疗师处获得个人赔偿,但这些资源往往是不足的,甚至是不存在的。

对丧失违规行为的保险费的担忧可能被夸大了。有迹象表明,可以要求保险公司赔偿索赔金额,即使在有刑事法规的州也是如此(Vigilant Insurance Co. v. Kambly,1982)。成功的诉讼常常是基于对错误转借的判断。在这种情况下,呼吁者认为"是因为错误的转借,而不是性行为造成的,以这个理由为不法行为辩护……

性行为只是主要的不法行为的一个偶然结果,并不是直接的原因”(St. Paul Fire and Marine Iusurance Co. v. Love,1989)。一些原告还是打赢了官司,尽管有这些排他性政策,通过它们可以对受伤害的主要原因进行辩解:伤害是由两方面原因造成的,不排除(性行为不端的)风险和投保风险(如错误的或不当的治疗目的)。

民事诉讼的损失

诉诸刑法可能使受害者赢得民事诉讼更加困难。刑事起诉的风险是,违规的治疗师更不愿意承认他们的行为。治疗师可行使《第五修正案》的权利。其结果是,通过民事和行政委员会阻止发现的过程,直至刑事案件的审判完全结束为止。这可能不仅延迟支付赔偿(金),还会延迟授权董事会限制或撤销治疗师的执照。甚至简单的道歉,使一些受害者感到有助于愈合,于是很难再面对可能的刑事起诉。

不适当的宣泄

受害者的支持者们看到,诉诸刑事诉讼是对遭受性侵犯受害者所体验到的无力感和羞耻感的一种宽慰。是否这种情绪释放会比通过民事诉讼或发证机关采取的行动中得到的更多,我们不得而知。不管怎样,用刑法作为一种缓解工具来减轻受害者情绪和让他们获利可能是不合适的。

……

对过程的失控

许多遭受心理治疗师性侵害的受害者感到他们已经失去了控制自己生活的能力,而卷入到刑事起诉中可能会加剧这一感觉。虽然一些作者相信,作出刑事指控的决定有助于恢复控制感,但受害人对刑事和民事过程的控制不是一回事。虽然受害人可以自由地选择提出或者不提出申诉,但如果唯一的证人反对,即治疗师拒绝作证,原告是无法诉诸程序的。让受害人一直关心的是,一旦进入投诉,原告的决定将会影响案子的走势。

未经证实的威慑

虽然有零散信息和常识显示,刑法可能会造成一种威慑,但还没有实证的证据证明这一点。事实上,在有法规的州,一些人甚至提交刑事费。在明尼阿波利斯的“走入咨询中心”,有超过 1 600 起治疗师性侵犯的受害者,但至今明尼苏达只受理了 9 起刑事案。

缺乏改造

没有规定对罪犯的改造是目前刑法中的一项重大遗漏。虽然一些性侵犯者伤害过多人,表现出没有良知,可能无法治疗,但其他治疗师只犯了一次,其行为可能是情景化的,或是对生活危机的反应,这些心理咨询师可能从治疗中受益,并恢复其社会生产力。将后者铸造成无法挽救的罪犯角色,这可不是明智的社会政策。

特别考虑

同意

有些刑法，如有关强奸和猥亵罪的，已运用到治疗师的性侵犯中。一个实际的问题是，这些法律只涉及最严重的情况，且受害人的同意完全出于自卫（Jorgenson et al.，1991）。在界定心理治疗师—患者的性接触这一特定犯罪时，把取消“同意”作为一个议题，有助于法规的有效性。大多数的刑法规定病人—治疗师的性行为不包含同意作为一种辩护理由，界定这样的接触就是犯罪，无论受害者的行为如何。这种严格的责任标准意味着，判断犯罪的唯一标准是性行为是否发生。

一些评论家认为，消除同意这种辩护理由的结果，会显得心理治疗病人像无能的“认定的傻瓜”（Leff，1967）。如果这种情况发生，病人的身份会被完全玷污。从具体实际看，根据我们的经验，受害者不会认为在消除同意后他们的身份会降低。显而易见的是，有能力的成年人被认为有能力同意，而法律也不会取消这一假设……

这并不是说受害人不能同意，或获得了不恰当的同意——如由于转借的不良影响或缺乏对危险的信息。同意是不相关的。问题在于在治疗关系中的信用丧失和权力滥用。治疗师处于特殊的令人信任的地位，类似于受托人，意味着其“有义务主要是为了他人利益而行动”，并要求“绝对的信用和坦诚”（Black，1968）。对治疗师的信任和信心建立在其社会角色的基础上。在治疗过程中面对更有知识、受过训练和有经验的治疗师时，即使是一个很世故的病人也必须把自己置于一个脆弱的、不够强大的位置。作为受托人，治疗师的责任是只满足病人的需要而不伤害病人。性行为是一种反治疗行为，会伤害患者。这种行为的后果具有严重的社会危害，以至于被呼吁禁止，而不管病人是否同意。注意应完全集中在治疗师的行为上，而不是受害者……

诬告

对心理治疗师而言，可怕的是存在这样的可能性，即治疗师不得不保护自己，免受不当性行为诬告，而诬告也确实发生过。根据刑法，尽管它相对民法将被告的治疗师暴露于更大的危险中，但同时也会提供更好的保护以防止性侵犯的诬告。刑法中的标准是“证据确凿”，而在民事审判中，陪审团可以为原告找到“优势证据”。在模棱两可的情况下，一个得到适当指导的刑法陪审团，相比在民事审判中的陪审团，应更不可能作出反对治疗师的判决。

在实际中，要证明刑事案件确凿无疑的难度可能会使检察官在进程上迟疑。绝大多数的这类案件都涉及这样的辩护：在办公室里只有两个人在，而证据只局限于其中一个，反对另一个。在刑法中，对行为的界定狭隘而具体，这对于宪法规定要挑战含糊不清的法规无疑是必要的，这也意味着治疗师有可能避免刑事责任，而在民事责任中可能会被追究。相比发证机构的程序而言，刑法还提供了更正当的程序以

保护被控告的治疗师,因为前者可能允许没有遵循严格规则的证词,并可能不受法规限制的控制……

参考文献

Schoener, G., Milgrom, J., & Gonsiorek, J., et al. (1989). *Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention*. Minneapolis, MN: Walk-In Counseling Center.

American Psychiatric Association. (1989). *The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry*. Washington, DC: Author.

Pope, K., & Bouhoutsos, J. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients* (pp. 33-45). New York: Praeger.

Jorgenson, L., Randles, R., & Strasburger, L. H. (1991). The furor over psychotherapist-patient sexual contact: new solutions to an old problem. *William and Mary Law Review*, *32*, 643-729.

Sanderson, B. (ed). (1989). *It's never OK: A handbook for professionals on sexual exploitation by counselors and therapists*. St. Panl: Minnesota Department of Corrections.

Strasburger, L., Jorgenson, L., & Randles, R. (1990). Mandatory reporting of sexually exploitative psychotherapists. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law*, *18*, 379-384.

Vigilant Insurance Co. v. Kambly, 114 Mich App 683, 319 N. W. 2d 382(1982).

St. Paul Fire and Marene Insurance Co. v. Love, 447 N. W. 2d 5(Minn Ct App 1989).

Leff, A. A. (1967). Unconcionability and the code—the emperor's new clause. *University of Pennsylvania Law Review*, *115*, 485-559.

Black, H. C. (1968). *Black's law dictionary* (4th ed., p. 753). St. Paul, MN: West Publishing.

Gutheil, T. G. (1989). Borderline personality disorder, boundary violations, and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 597-602.

违反伦理后的修复：聚焦于治疗师与来访者的性接触

11

⊙ 米丽莎·J. 莱曼和J. 里吉斯·麦克拉马拉(Melissa J. Layman and J. Regis McNamara)

除了进一步的伦理教育和训练、惩罚性措施、非正式的支持、实践监督等手段外，还采用强制性个人疗法作为修复受损的心理学家和伦理违背者的另一种选择(APA, 1992; Burton, 1973; Hedges, Ohio Board of psychology, personal communication, May 1995, Laliotis & Grayson, 1985; Lamb et al., 1987; Pope, 1987; R. Reaves, ASPPB, personal communication, May 1995; Schioener & Gonsiorek, 1988)……

目前，反对对伦理违反者使用强制性个人治疗的理由有几种。首先，虽然个人治疗在心理学领域得到高度评价，但心理学家并没表现出愿意参与所有的训练。其次，还存在一些问题，尤其对疗法中的治疗师而言，他们可能会妨碍甚至阻止专业人士进入治疗情景。第三，目前很少有清楚的文献支持个人疗法会促进心理学家与他/她的来访者的工作，并补救伦理违背的后果。最后，与性侵犯相联系的变量(指那些在现有人群中起作用的变量)，例如否认和行动最小化(Brodsky, 1986; Gabbard, 1995; Hanson et al., 1991; Schoener & Gonsiorek, 1988; Schwartz, 1992; Walzer & Miltimore, 1993)，以及强制性治疗等，其疗效似乎在复杂的情境中被打了折扣。

除了以上提及的原因，修复的效度问题也必须提及。在最近的调查中，关于问题"发证权威机构是否应该要求治疗师(例如，违背了行业标准的)接受心理治疗，作为他们继续从业或者重新开始的条件"，87%的心理学家回答了"完全应该"或者"可能应该"(Pope & Tabachnick, 1994, p. 254)。然而，仅有34%的人对问题"这种干预是否有效"作出了类似的回答(Pope & Tabachnick, 1994)……

霍尔罗伊德和布罗德斯基(Holroyd and Brodsky, 1977)探讨了有过侵犯行为的心理咨询师积习难改的特点。他们认为"一旦心理咨询师曾经有过一次性侵犯行为，在以后也很有可能再次发生类似的行为"(p. 849)；这种观点现在看来是正确的(Pope, 1994)。这个观点暗示了对于伦理违背者来说，借助个人疗法，通过改变其动机水平而修复其侵犯行为，很可能是不够的。事实上，波普(1994)曾说"很难在现有文献里发现证据……它表明干预修复几乎无效"，针对那些有过性侵犯行为的心理咨询师而言。

岗斯瑞克及其同事(Gonsiorek, 1995; Schoener & Gonsiorek, 1988)指出，对侵犯行为成功的干预主要取决于所涉及的心理咨询师的类型。在六种有过性侵犯行为的心理咨询师中，岗斯瑞克和他的同事认为，仅有一类人有可能通过成功的干预获

得修复——健康的或者有轻微神经症的心理咨询师,这类心理咨询师经常遭遇情景压力,能认识到压力对自身行为的影响,并通过寻求帮助来消除它。为了进一步支持这种分类,几个研究者注意到那些能够认识他的(她的)问题,并致力于逐步解决问题的治疗师,能很好地预测变化(Brodsky,1986;Gabbard,1995;Keith-Spiegel & Koocher,1985;Vasquez,1988)。沃尔泽和米尔特莫尔(Walzer & Miltimore,1993)进一步指出,由某种特定的情绪的、心理的和情景的困难而导致的性侵犯,可能通过治疗而修复;在这些情况下,我们可以期望能够阻止侵犯行为的再次发生。

对于那些无知的或无经验的治疗师,他们违背伦理后可能得到教育或进一步的训练,但即使在教育之后,他们可能还是不具备咨询中基本的道德本能和判断。具有严重神经症的治疗师的康复是可能的,但对此我们无法很好地进行预测,由于(他们)对不符合伦理行为的否定或者合理化(Gabbare,1955;Gonsiorek,1995;Schoener & Gonsiorek,1988)。至于其他三种类型的治疗师——(他们已具有)失调的特点——作者认为这三类人不可能获得修复,因为他们缺乏对自己行为的关注。因此,在伦理违反者分类中的多数类型的人,不可能从强制性个人治疗中获益……

修复方法的建议

如果强制性个人治疗对于伦理违反者不是一种恰当的治疗,对这些治疗师的补救还能做些什么呢?

通常的建议是,对受到性吸引的、有危险性的治疗师进行仔细地辨认、监控和干预(Pope,1987,Schwebel et al.,1994)。通过如下途径可以辨认出这类治疗师,如在培训中、在稍后工作中的个人特点,或者根据他对来访者服务的特点等,尽管科学而具伦理地成功完成辨认的几率不高。由于性侵犯的概率较低,基于未来可能侵犯的辨认也可能有很多是错误的……

特别针对不当性行为的预防训练似乎是当前很感兴趣的话题(Schwebel et al.,1994)。瓦斯奎兹(Vasquez,1988)谈到一种可以在训练中实施的预防项目,在项目中学生会很容易感觉到性或性接触背景下的道德问题。在这个项目中,将会强调知识和自我意识。瓦斯奎兹(1988)感到"大多数问题……在训练中通过咨询会得到改善"(p.240);事实上,这也有可能是辨认潜在侵犯者的最佳时间。另一个辨认伦理违反者的机会是在实习期(Lamb et al.,1987)。兰布等(Lamb et al.)指出,压力和情景改变出现在转向全职的临床工作时,与此同时又有大量的督导,这是观察、辨认和治疗潜在不道德行为的机会……

不幸地,瓦斯奎兹和兰布等的观点都有局限,因为相对而言,治疗师—来访者性接触发生在研究生训练期或实习期的数量很小。通常与治疗师的性侵犯行为有关的变量,如职业枯竭或抑郁,也不可能在训练治疗师和来访者的交互作用中起作用。而且,低的性侵犯率使准确辨认未来的侵犯者变得十分困难。

另一种被证明有用的干预是对来访者进行治疗边界的教育(Gottlieb et al.,1993;Strasburger,Jorgenson & Sutherland,1992),比如,在来访者进入治疗之前赠送他们一个不当性行为的小册子(Thorn,Shealy & Briggs,1993)。这种小册子将会告知来访者,治疗师的不当性行为是不道德的,他们拥有上诉的权利(Thorn et al.,

1993)。介于许多治疗师都遇到过与前治疗师有性卷入的来访者(Pope,1993;Stake & Oliver,1991),那么这种小册子对来访者可能是有用的资源。此外,来访者具备性行为不当和有潜在的法律责任的知识,可能起到对治疗师行为的外部控制的作用。

……

卡拉南和奥康纳(Callanan & O'Connor,1988,p. 11)得出结论,"修复的前景很低,是否再也不要给他们(性侵犯的治疗师)机会从事心理治疗是值得怀疑的"(参见 Pope,1994),加伯(Gabbard,1995)和岗斯瑞克(Gonsiorek,1995)提出了一项条例作为响应,尤其在性格障碍出现时。考虑到保护公众的需要,惩罚违法的行为可能是目前对违背伦理原则的有性格障碍者进行补救的唯一办法,直到其他的干预方法能够找到、实行和评估为止。即使对那些受影响不深的来访者,陪审团仍无法判断(受害者)在多大程度上能够通过补救治疗或教育而获利。只有当对补救作出了很好的评价时,陪审团才能作出裁决。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Rules and procedures. *American Psychologist*, *47*, 1612-1628.

Brodsky, A. M. (1986). The distressed psychologist: Sexual intimacies and exploitation. In. R. R. Kilburg, P. E. Nathan, & R. W. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (pp. 153-171). Washington, DC: American Psychological Association.

Burton, A. (1973). The psychotherapist as client. *American Journal of Psychoanalysis*, *33*, 94-103.

Callanan, K., & O'Connor, T. (1988). *Staff comments and recommendations regarding the report of the Senate Task Force on Psychotherapist and Patients Sexual Relations*. Sacramento, CA: Board of the Behavioral Science Examiners and Psychology Examining Committee.

Gabbard, G. O. (1995). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. In J. C. Gonsiorek (Ed.), *Breach of trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy* (pp. 133-144). Thousand Oaks, CA: sage.

Gonsiorek, J. C. (1995). Assessment for rehabilitation of exploitative health care professionals and clergy. In J. C. Gonsiorek (Ed.), *Breach of trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy* (pp. 145-162). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gottllieb, M. C., Vasquez, M. J. T., Applebaum, P. S., & Jorgenson, L. (1993). Sexual contact between psychotherapists and clients. In J. A. Mindell (Ed.), *Issues in clinical psychology* (pp. 153-182). Dubuque, IA: Brown & Benchmark/ Wm. C. Brown.

Hanson, R. K., Cox, B., & Woszcyna, C. (1991). Assessing treatment outcome for sexual offenders. *Annals of Sex Research*, *4*, 177-208.

Holroyd, J., & Brodsky, A. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic physical contact with patients. *American Psychologist*, *32*, 843-849.

Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. P. (1985). *Ethics in psychology: Professional standards and cases*. New York: Random House.

Laliotis, D. A., & Grayson, J. H. (1985). Psychologist heal thyself: What is available for the impaired psychologist? *American Psychologist*, *40*, 84-96.

Lamb, D. H., Presser, N. R., Pfost, K. S., Baum, M. C., Jackson, V. R., & Jarvis, P. A. (1987). Confronting professional impairment during the internship: Identification, due process, and remediation. *Professional Psychology: Research and Practice*, *18*, 597-603

Pope, K. S. (1987). Preventing therapist-patient sexual intimacy: Therapy for a therapist at risk. *Professional Psychology: Research and Practice*, *18*, 624-628.

Pope, K. S. (1993). Licensing disciplinary actions for psychologists who have been sexually involved with a client. Some information about offenders.

Professional Psychology: Research and Practice, *24*,374-377.

Pope,K. S. (1994). *Sexual involvement with therapists: Patient assessment, subsequent therapy, forensics.* Washington,DC:American Psychological Association.

Pope,K. S., & Tabachnick,B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology:Research and Practice*, *25*,247-258.

Schoener,G. R., & Gonsiorek,J. (1988). Assessment and development of rehabilitation plans for counselors who have sexually exploited their clients. *Journal of Counseling and Development*, *67*,227-232.

Schwartz,B. K. (1992). Effective treatment techniques for sex offenders. *Psychiatric Annals*,*22*,315-319.

Schwebel, M., Skorina, J. K., & Schoener, G. (1994). *Assisting impaired psychologists (Rev. ed.):Program development for state psychological associations.* Washington,DC:American Psychological Association.

Stake,J. E., & Oliver,J. (1991). Sexual contact and touching between therapist and client: A survey of psychologists' attitudes and behavior. *Professional Pshchology: Research and Practice*, *22*,297-307.

Strasburger,L. H., Jorgenson,L., & Sutherland,P. (1992). The prevention of psychotherapist at sexual misconduct: Avoiding the slippery slope. *American Journal of Psychotherapy*, *46*,544-555.

Thorn, B. E., Shealy, R. C., & Briggs, S. D. (1993). Sexual misconduct in psychotherapy: Reactions to a consumer-oriented brochure. *Professional Psychology: Research and Practice.* *24*,75-82.

Vasquez,M. J. T. (1988). Counselor-client sexual contact:Implications for ethics training. *Journal of Counseling and Development*, *67*,238-241.

Walzer,R. S., & Miltimore,S. (1993). Mandated supervision,monitoring,and therapy of disciplined health care professionals. *The journal of Legal Medicine*, *14*,565-596.

评论:

莱曼和麦克拉马拉(Layman & Mcnamara,1997)的观点并没有免于被挑战。如岗斯瑞克(1997)指出作者陷入了……一个令人疑惑的争论:

> 由于治疗师的疗法的有效性难以清楚地用某种或其他什么方法来证明,它应该被视为可能是无效的,但事实是关于治疗结果的文献通常显示(它是)有积极作用的。在我看来,我们需要更具竞争力的数据,而不是不充分的数据,向我们揭示治疗师不同于一般人,就治疗结果而言,他们是更值得怀疑的人群。我并不否认对治疗师的治疗结果的研究还不足以得出确定的结论。我相信,无论如何,在这种情况下,最好的评估是我们心理学家能够参考同类的其他研究(p. 300)。

布朗(Brown,1997)认为,对修复有侵犯行为的治疗师的争议持支持或反对观点,都忽略了一个基本的问题:

> 在我与曾经遭受过治疗师性侵犯的受害者进行治疗的先前经历来看,我有大量的机会观察到,即使治疗师已经完成了管理机构的所有要求,得到了治疗,得到了督导,也参加了伦理课程,付了费,被免去特权,初期和后来的受害者仍持续处于痛苦状态。专业心理学中的边界违反发生在治疗师和来访者的关系背景中;常规的修复计划却忽视了这种关系。即使我们试图去治愈边界违反所带来的破坏,但如果我们不能为治疗师带来真正有意义的改进,修复也将不能实现;如果边界违反发生的系统继续像以前一样产生危险的话,修

复也不能实现(p.297)。

……

在指导被咨询师侵犯的受害者时,最常见的是,她仅仅是希望得到治疗师直接道歉,当面的、没有任何借口的道歉;倾听来访者表达其痛苦、愤怒和所受的折磨;并且向她确认,受害者对边界违反没有责任。换句话说,受害者渴望得到的是专业人员对造成的伤害承担清晰且全部的个人责任。罚款、吊销治疗师的执照,和其他常用的惩罚常常是其次的考虑(除开想要赔偿受害者以后的治疗费用)。然而,心理学管理董事会和伦理委员会却坚持推行后者而不是前者,作为对大量违反伦理标准的惩罚(p.298)。

……

我相信,心理学家不会把修复模型改变成真正的改变模型,我们正忙于大规模地拒绝对严重边界违反问题的解决方式(Brown,1997,p.299)。

读者可能希望看到莱曼和麦克拉马拉(1997)回答其来自岗斯瑞克和布朗的批评的原文。

关于心理学界对那些违反了伦理的边界行为(与来访者、学生、被培训者)的会员会作出什么反应,你持有怎样的观点呢?这些成员应该被看成是刑事罪犯、需要得到治疗的受伤的专业人士,或是需要进行伦理修复训练的人?如果他们被逐出美国心理学会或者吊销执照,他们的未来又怎样安排?另一方面,心理学专业还能再接受他们吗?或者任何制裁在此时都是不成熟的。另外一种说法或许更有道理——心理学界应该认识到"并不真正了解边界违反或者施暴者,解决仅仅应在我们更加理解问题以后才执行,并且现在应该做的是调查,而不是冲动的解决"(Orr,p.294)?

参考文献

Brown, L. S. (1997). Remediation, amends, or denial? *Professional psychology: Research and practice*, *28*, 297-299.

Gonsiorek, C. J. (1997). Suggested remediation to "Remediation." *Professional psychology: Research and practice*, *28*, 300-303.

Layman, M. J., & McNamara, J. R. (1997). Remediation revisited. *Professional psychology: Research and practice*, *28*, 304-305.

Orr, P. (1997). Psychology impaired? *Professional psychology: Research and practice*, *28*, 293-296.

第六单元 心理评估[1]

评估，尤其是测验，渗透在人们生活的每一个方面。几乎每个领域的心理学家都使用测验。研究者使用测验从参与其研究的个体那里获得数据。临床心理学家为诊断目的实施测验，并监控心理治疗的过程。学校心理学家评估儿童以确定他们对于可能的特殊教育课程安置的适合性。咨询心理学家使用职业的以及兴趣测验来指导生涯发展，以及测量毕生问题的解决技能。司法心理学家使用测验帮助法庭对父母正在离婚的儿童进行最好的安置，或者评估犯罪被告人是否有能力接受审讯或应否对其他的犯罪行为负责。工业和组织心理学家对那些寻求职业晋升者的职业知识和技能进行测量。

当然，学者们经常自行设计工具以评估他们的本科生和研究生是否已经学到了什么东西。

正如上面的不完全列举所示，评估可以采取许多形式。每一种形式可能都有它自己的伦理蕴含。例如，当临床医生使用智力量表、纸笔的人格测验或投射技术时，就会出现隐私和告知同意问题。当雇佣情境中的心理学家使用测验时，就会出现双重忠诚的问题：心理学家是为谁工作，以及谁是心理学家有主要义务对之忠诚的人——是受测者还是雇佣者？当学校心理学家为特殊教育安置目的而评估儿童时，谁是当事人——儿童、父母或为评价付费的学校系统？当研究者通过测验收集数据，告知同意和欺骗的问题就变得很重要了（见第八单元）。当司法临床医生评价刑事被告时，他们是在代表被告、原告还是法庭呢（见第九单元）？不关注评估者的角色，胜任力问题就成了一个普遍问题。所使用的测验在心理测量学上是合理的吗？心理学家依据数据做出的解释和判断是有效的吗？最后，一般来说计算机化测试的出现，特别是在雇用测验中对所谓的诚实或正直测验的使用普遍增加，引发了对于一系列全新问题的讨论。

本单元只能对从评估收集的关于受测者信息的汇集、保存、解释和传播的复杂伦理问题提供一个简介。像效度、信度、常模和标准化这样的技术问题，只有当它们与伦理和社会问题有关联时才涉及。为了获得关于技术和社会政策问题的更宽广的视角，参看两期由阿尔瑞（Amrine，1965）、哥拉斯尔和邦德（Glaser and Bond，1981）主编的，内容集中于测验问题的美国心理学家专刊。另外，国家科学院已出版了两部评价一般标准化测验的重要著作（Heller，Holtzma，& Messick，1982；Wigdor &

---

〔1〕 From *American Psychologist*, *35*, 1012-1027. Copyright 1980 by the American Psychological Association. Figures 1 and 2 have been omitted.

Garner,1982)。

如果将这一单元提出来的伦理问题置于它们的历史、社会和法律背景之外进行考查,就不能被完全理解。因而,我力劝读者也考查一下诸如克朗贝克(Cronbach,1975)和哈尼(Haney,1981)的那些经典的论文。最近对一些更有争议的问题的评论,可参见艾里奥特(Elliot,1979)的书和赫门斯(Helms,1992)的论文。我也对这个主题的合法文献做了贡献(Bersoff,1979,1981,1982,1984)。

这一单元有一个重要的主题在以前的版本中没有出现过。2005 年 6 月,APA 出版了关于心理学道德和国家安全的总统特派组报告(Report of the Presidential Task Force on Psychological Ethics and National Security,PENS Report,2005),探索卷入军事审讯的心理学家的伦理方面的问题。报告激起了大量的批评和激烈的辩护。虽然这一有争议的话题不完全适合任何特定的类型,但是我把它放在这一单元,由此你可以将审讯看作评估的一种形式。无论如何,我相信它值得我们进行广泛讨论。

参考文献

American Psychological Association. (2005). *Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Psychological Ethics and National Security (PENS)*. Retrieved from http://www.apa.org/releases/PENSTaskForceReportFinal.pdf

Amrine, M. (Ed.). (1965). Testing and public policy [Special issue]. *American Psychologist*, *20*(11).

Bersoff, D. N. (1979). Regarding psychologists testily: Legal constraints on psychological testing in the public schools. *Maryland Law Review*, *39*, 27-120.

Bersoff, D. N. (1981). Testing and the law. *American Psychologist*, *36*, 1047-1056.

Bersoff, D. N. (1982). Larry P. and PASE: Judicial report cards on the validity of individual intelligence scales. In T. Kratochwill (Ed.), *Advances in school psychology* (Vol. 2, pp. 61-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bersoff, D. N. (1984). Social and legal influences on test development and usage. In B. Plake (Ed.), *Social and technical issues in testing* (pp. 87-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cronbach, L. J. (1975). Five decades of public controversy over mental testing. *American Psychologist*, *30*, 1-14.

Elliot, R. (1987). *Litigating intelligence: IQ tests, special education, and social science in the courtroom.* Dover, MA: Auburn House.

Glaser, R., & Bond, L. (Eds.). (1981). Testing: Concepts, policy, practice, and research [Special issue]. *American Psychologist*, *36*(10).

Haney, W. (1981). Validity, vaudeville, and values: A short history of social concerns over standardized testing. *American Psychologist*, *36*, 1021-1034.

Heller, K., Holtzman, W., & Messick, S. (Eds.). (1982). *Placing children in special education: A strategy for equity.* Washington, DC: National Academies Press.

Helms, J. (1992). Why is there no study of cultural equivalence in standardized *cognitive* ability testing? *American Psychologist*, *47*, 1083-1101.

Wigdor, A. K., & Garner, W. R. (Eds.). (1982). *Ability testing: Uses, consequences, and controversies* (Vols. 1 & 2). Washington, DC: National Academies Press.

测验效度和评估的伦理[1]



⊙ 萨默尔·梅西克(Samuel Messick)

大约 15 年前,在论及人格测量和评估伦理的论文中,我在测验的心理计量合适性及其使用的适当性之间进行了直截了当而简单的区分(Messick,1964,1965)。我主张不仅要根据测量特征对测验进行评价,也应该根据它们的潜在社会后果对测验的应用进行评价。我极力主张一个测验无论何时用于某个特定的目的,都必须考虑两个问题:首先,测验真的像一把量尺,能够测量所要评估的特征吗? 第二,测验能以预定的方式用于预定的目的吗? 第一个问题是一个科学的、技术的问题,通过评价测验的心理测量学特征的证据,尤其是结构效度,可以得到答案。第二个问题是伦理问题,需要根据社会价值观念提出的使用理由来给出答案。对第一个问题来说是好的答案对第二个问题来说却未必。基于经验上的有效性来申述测验使用的理由是不够的,测验的潜在的社会后果也要作评价,不仅要根据测验直接承受的花费和收益,而且要根据它可能造成的副作用来评价。

……

……因而,价值对心理的和教育的测量来说是普遍存在的、鉴定性的,如同测试的公认的试金石。实际上,"单词'效度'(validity)的词根和单词'价值观'(value)的词根是相同的:两者都来源于一个意指强度的术语"(Kaplan,1964,p. 198)……

效度作为评价的含义

……

如果测验的效度是测量的解释和使用的整体合理性的程度,如果人与社会的价值正如它们所表现的那样既涉及解释,也涉及使用,那么测验效度就应该考虑到整个判断中那些价值的含义。……如果,作为总的效验过程的一个内在部分,我们根据将来社会可能需要什么或期望什么的考虑,来衡量我们测试实践的实际和潜在的后果,那么,测验效度就得建立在伦理和证据的基础上……

---

〔1〕 From *American Psychologist*, *35*,1012-1027,Copyright 1980 by the American Psychological Association. Figures 1 and 2 have been omitted.

参考文献

Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science*. San Francisco: Chandler.

Messick, S. (1964). Personality measurement and college performance. *Proceedings of the 1963 Invitational Conference on Testing Problems*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

Messick, S. (1965). Personality measurement and the ethics of assessment. *American Psychologist*, *20*, 136-142.

评论:

在1995年，已故的梅西克(Messick)博士反复强调效度应该被作为一个单一的概念而不是被分解成传统的三类：效标效度、内容效度和结构效度。与我们的目的更相关的是，他坚称效度既是一个社会价值标准也是一个测量价值标准。"很重要的一点是分数有效性是对测量的意义和结果的经验性评价"(p. 742)。他说，"重要的方面评价分数解释的价值含义，这种解释是行动也是测验使用的实际和潜在结果的基础"(p. 745)，尤其是考虑到偏见和公平问题。从而，他做出结论，"效度和价值是一个而不是两个极重要的事，测验有效性包含着评估的科学和伦理道德，这也是为什么效度有社会价值的效力"(p. 749)。参看 Messick, S. (1995). Validity of Psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50, 741-749。

你认为他的意见有价值，或是认为视测验的结果为效度的一部分的观点会使"一个已经过度负荷的概念"(Zimiles, 1996, p. 981)负担过重，并引起了"政治对科学的危险干涉"(Lees-Haley, 1996, p. 982)？对梅西克的煽动性论文的完整反应请参看：

Lees-Haley, P. R. (1996). Alice in Validityland, or the dangerous consequences of consequential validity. *American Psychologist*, 51, 981-983.

Zimiles, H. (1996). Rethinking the validity of psychological assessment. *American Psychologist*, 51, 980-981.

根据玛加迪曾经的估计(Malgady, 1996)，"据估计，2000年在心理健康服务系统中大约40%的当事人(来访者)将会是少数民族团体的成员"(p. 73)。参看：Malgady, R. G. (1996). The question of cultural bias in assessment and diagnosis of ethnic minority clients: Let's reject the null hypothesis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 73-77。玛加迪也指出，那些提供评估服务的心理学家对有关测验的技术问题和社会问题的理解都是非常必要的。

测验公平性的问题是如此重要，以至于测验标准的现行版本包含了四章关于这一问题的内容。参看：AERA, APA, & NCME. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AREA (Chapters 7-10)。实际上，任何参与测验的开发、实施、评分、解释或出版的心理学家都应该透彻地阅读标准，尤其是关于效度和信度的章节和标准。正如维纳(Weiner, 1989)所述：

> 虽然……在心理诊断工作中做到胜任而没有伦理……是可能的，但不可能合乎伦理而不胜任。胜任是伦理性的前提，实践或教授心理诊断学的心理学家如果不能充分知晓测验能做什么和不能做什么，其行为表现就是不道德的

……(p. 830)

Weiner, I. (1989). On competence and ethicality in psychodiagnostic assessment. *Journal of Personality Assessment*, 53, 827-831.

测验标准的明确表述力求与1992年延用至今的美国心理学会伦理准则一致(p. viii)。在对有关测试少数民族当事人的1992年美国心理学会的伦理准则的批评中,评论家作出结论:

> 据我的判断,1992年的准则需要补充对每一个可以确定的种族和人种群体的评估实践的准则……不服从或违背新标准可能需要为增进对源于不同信念系统和期望的伦理两难困境复杂性质的理解而付出教育性和补救性的努力。(p. 353)

Dana, R. (1994). Testing and assessment ethics for all persons: Beginning and agenda. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 349-354.

回顾现在的准则,尤其是总则D和E,以及标准3.01、9.02(b)和9.05,判断2002版是否比丹娜(Dana)所批评的1992版准则以一种更加全面和合理的方式处理种族评估的问题。

因为评估可能侵犯受测者的隐私,也因为它对社会和个人有这样严重的后果,有人不断呼吁要么废除它,要么严格规范它的使用。但是正如梅西克30年前警告的那样:

> 禁止使用……测验的绝对的规定……对于科学自由和职业自由来说将是不可容忍的限制……据我们对评估中自我调节可能伦理基础的考虑,我们超越伦理绝对主义……并拥护"有责任感的伦理规范"看来是非常必要的。在这种伦理规范中,对于各种行动后果的实事求是的评价,构成了特定伦理决策的基础……那么,从这个意义上来说,我们需要不断的伦理评估作为评估伦理的基础。(p. 140)

Messick, S. (1965). Personality measurement and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 20, 136-142.

当你在读下面的材料时,考虑是否有太多的职业自我调节以及联邦政府和法庭对评估有过太多的干扰性卷入。另一方面,鉴于测试的大量社会后果,过去30年过多的职业和法律的调节对于问题的处理还不足够吗?

学校心理学的法律规则[1]



⊙ 唐纳德·N. 博塞夫和保罗·T. 霍夫尔(Donald N. Bersoff and Paul T. Hofer)*

测试和评价

无歧视的评估

在美国,每个人都可能以某种方式受到测验的影响,学校的学生是测验最常见的目标……毫无疑问,测验结果已经被用于招收、提升、雇用等方面,但对大多数人来说,从心理测量工具得到的分数是作为一种排除的工具——隔离、收容、追踪和对达到期望目标的阻碍……

当来自社会的、政治的和心理学的评论员对测试的批评出现在测验界内部时,到了20世纪60年代中期,法律系统才开始严肃地审查无歧视评估问题。在某种程度上,测试中司法的利益可能由最高法院在*Brown v. Board of Education*(1954)[2]中的法规来解释,这项规定要求学校必须废止种族隔离。民权拥护者将教育和心理测验看作是阻碍融合的工具,更广一点说,看作是歧视的工具,是阻止少数种族和少数民族宪法权利的充分实现。结果,从20世纪60年代中期到80年代,影响心理测验的实施、解释和使用的诉讼和立法激增……

……在1975年国会通过了P. L. 94-142(20 U. S. C. § § 1401-1461),即残障儿童教育法案(Education for All Handicapped Children Ace,EAHCA)。早在两年前的1973年颁布了康复法案(the Rehabilitation Act)(29 U. S. C. §794)的§504。EAHCA的实施规则由健康、教育和福利部(现在的教育部)起草,而§504的实施规则则由现在的卫生和人类服务部起草,两者都在1977年生效。

P. L. 94-142实际上是在州和地方教育机构满足某些详细的合格要求的条件下,就特殊教育和相关服务向它们提供财政支持的一个准予性的法令。P. L. 94-142

[1] From T. B. Gutkin & C. R. Reynolds(Eds.),*Handbook of School Psychology*, pp. 937-961. Copyright 1990 by Wiley. Adapted with permission of the publisher.

[2] *Brown v. Board of Education (1954)*是1954年美国最高法院的一个里程碑式的判决。最高法院推翻了1896年制定的州立法律Plessy v. Ferguson,认为州立法律为黑人和白人学生建立各自的公立学校否定了黑人儿童的平等教育权利。这一判决为种族融合和民权运动铺平了道路。——译者注

和它的实施规则重申了早期关于无歧视评价的法规,并充实了这一要求的含义。规则的300.532部分陈述道:

(a)测验和其他评价材料:

(1)用儿童的母语或其他交流形式提供和实施……

(2)对它们被使用的特定目的是有效的;

(3)由受过训练的人员根据测验编制者提供的指导语施测……

其他的条款也影响心理和教育评估。对于有感官、手的动作或语言方面损伤的儿童,要给予反映其性向或成就上的真实缺陷的测试,而不是对那些损伤的测试。而且,所有评估应是全面的、多方面的、多学科的。安置评价必须由来自教育、医学和心理学方面的人员实施,他们要"在与疑似障碍相关的所有领域对儿童进行评估。在适当的情况下,应包括健康、视力、听力、社交和情绪状态、一般智力、学业成绩、沟通状况和运动能力"。"被设计为仅仅提供一个单一的总智商"的测验是不能使用的,一个单一的(测验)程序"也不能用来作为决定儿童适当的教育计划的唯一标准"。在进行安置决策时,学校被要求"利用来自各种资源,包括性向和成就测验、教师建议、身体条件、社会和文化背景以及适应行为的信息"。因而,P. L. 94-142 解释得很清楚,评估和安置决策不是一个学校心理学家单独行动的责任,而是一个多学科团队的责任。在这个责任分配背后的很明显的理由是减少个人的偏见和承担的责任。

为了保证所有这些条款都得到贯彻,法令和规则都提供这样一种机制,使父母能够对与他们孩子的鉴别、评价和教育安置相关的任何事情进行投诉。投诉用无偏见的行政听证方式呈现,父母有权要求被卷入评估和计划决策的见证人出席,并对之反复询问。其结果是心理学家容易受到攻击,他们的资格和表现要受到严厉的详细审查,包括他们使用的评价量表的信度和效度,他们从收集来的信息中所做出的解释,或者他们提供的作为评价结果的建议……

关于康复法案,一个促进教育、就业和残疾人训练的多项目的法律,国会在§504中宣布"在美国没有什么有资格的残疾个体……会单单因为他的残疾,在接受联邦经费补助的任何项目或活动中,应被排除在参与之外,否定他可以受益,或遭受歧视"。因而,这方面体现了保护残疾人权利的第一个联邦民权法的精神,并反映了终止基于残障的歧视的国家承诺。不像 P. L. 94-142,§504 要求不由在接受联邦资助的机构之下的拨款来推动。因此,任何学校、公共的或私人的,因为任何项目或活动接受了联邦拨款,都受到这一法律的约束。

贯彻§504以认可方式表达的广泛权利的法规已在1977年出版。除了在 P. L. 94-142 中已经确立的一般原则之外,它还提出与被怀疑有残疾的儿童评价有关的法规。那些要求安置前的评价、有效的测试、多学科的全面评估以及定期的重新评价的规定之表述,与现在公布的实施条例的 P. L. 94-142 几乎相同……

评论:

残障儿童教育法案被重新命名为残障个体教育法案(Individuals With Disabilities Education Act, IDEA)。1973年的康复法案适用于学校,也适用于就业环境。法案84.13部分的实施规则禁止使用职业测验筛选残障的应聘者,

除非测验是与工作相关的，而且没有不筛选这样的应聘者的替代策略可以利用。更加广泛地适合于雇佣者的是美国残疾法案（the Americans With Disabilities Act，ADA）。ADA适用于美国各州的雇员为15人和15人以上的、参加州际贸易的商业雇主们，即便这些雇主们没有接受联邦基金资助。像康复法案一样，它禁止使用对残障人士产生有害影响的职业测验，除非测验是与工作相关的，而且与商业需要一致。在1991年7月26日，平等雇佣机会委员会（Equal Employment Opportunity Commission，EEOC）出版了实施ADA的详细规章。见Federal Register[1]，56，35726-35753，1991。ADA也限制入职之前的体格检查。在法案中出现了心理测试是否"体格检查"的问题。EEOC拒绝APA对这一问题的大多数建议，并出版了指南陈述其对规章的解释。见Equal Employment Opportunity Commission.（1994，May）. *Enforcement guidance：Preemployment disability-related inquiries and medical examinations under the Americans With Disabilities Act of 1990*（*EEOC Notice*，*915. 002*）. Washington，DC：Author；Equal Employment Opportunity Commission. 1995，October）. *ADA Enforcement guidance：Preemployment disability-related questions and medical examinations.* Washington，DC：Author.

诺威克（Novick）对联邦政府颁布的关于测试的现有法律、规章和指南提供了有用的历史叙述和总结。见*Novick*，*M. R.*（*1981*）. *Federal guidelines and professional standards.* American Psychologist，36，*1035-1046*。这个文件的最详细和相关的部分是关于雇员挑选程序的统一的指导方针，出版在1978年的Federal Register（Vol. 43，*pp. 38290-38315*）中，以及一系列设计用来澄清和解释统一指导方针的问题和答案，出版在1979年的Federal Register（Vol. 44，*pp. 11996-12009*）中。

关于法律怎样受到教育情境中评估的影响，相对近期的讨论参看：*Reschly*，*D.*，*& Bersoff*，*D. N.*（*1999*）. *Law and school psychology. In C. Reynolds & T. Gutkin*（*Eds.*），The handbook of school psychology（*3rd ed.*，*pp. 1077-1112*）. *New York*：*Wiley*；也可参看：*Jacob-Timm*，*S. & Hartshorne*，*T.*（*1998*）. Ethics and Law for school psychologists. *New York*：*Wiley.*

最近发表的一篇有益的论文将IDEA和ADA的要求与2002伦理准则联系了起来：

> 根据标准9.02a和9.02b中新的表述，测量工具的挑选应限制于那些对大量受测人口使用中建立了信度和效度的测验。如果没有适合被评估儿童的心理测量工具可利用，那么对标准程序进行的改编以及随之而来的所获得数据的局限性这一类问题，就需要进行解释。标准9.02c要求在选择测验工具时考虑儿童的语言能力和熟练性。标准9.06现在要求心理学家在解释评估结果时仔细考虑"情境的、个人语言的和文化的差异"……从而，对无偏见评估的伦理要求在2002准则中表述得更清楚；然而，对实践者来说还是难以将这一复杂的要求转化成实践。（p.438）

Flanagan，*R.*，*Miller*，*J. A.*，*& Jacob*，*S.*（*2005*）. *The 2002 revision of the American Psychological Association's ethics*

[1] *The Federal Register*：是官方每日出版的联邦政府机构和组织的规则、提议的规则、通告，以及行政命令和总统令。——译者注

code: Implications for school psychologists. Psychology in the Schools, 42, 433-445.

除了测验公平问题外,APA一直在考虑测验的误用问题,尤其是被那些可能没有正确实施和解释评估工具所必需的心理测量经验的人误用。从1981年起,当APA成立测验使用者资格工作小组(Test User Qualifications Working Group),这个问题就受到正式的关注。关于心理测验使用的新近的、最具包容性的准则由测验使用者资格特别小组(Task Force on Test User Qualifications,TFTUQ)制定。它成立于1996年,在2001年出版了它的准则。来自那个文件的一段比较长的节选见接下来的部分。

APA关于测验使用者资格的准则：执行概要[1]

3

⊙ 萨默尔·M.特纳,史蒂芬·T.德默尔斯,黑瑟尔·罗伯茨·福克斯和乔夫里.M.里德
(Samuel M. Turner, Stephen T. DeMers, Heather Roberts Fox, and Geoffrey M. Reed)

……

测验使用者资格特派组(TFTUQ)的成立,部分是因为现在的一些心理测验使用者可能不具备APA认为测验最佳使用所需的知识和技能(see, e. g., Aiken, West, Sechrest, & Reno, 1990)。短语"测验使用者资格"涉及知识、技能、能力、训练、经验和实践经历的联合,美国心理学会认为它们对于心理测验的可靠使用是必需的。TFTUQ报告中的准则适合于在各种情境中为各种目的使用心理测验的人。美国心理学会提出这些准则的目的是要告知测验使用者和从事训练计划的人、制定规章的人、证照审核的人以及公众,资格认定有助于提升用于大众的测试的专业标准。

……

准则的范围

……

这些准则描述了两种类型的测验使用者资格:(a)一般的心理测量知识和技能,作为测验的大多数典型使用的基础;(b)在特定环境或为特定目的(如,健康护理环境、法庭的或教育决策)负责任地使用测验的特殊资格。准则直接适用于绝大多数标准化测验,例如能力、性向、成就、态度、兴趣、人格、认知功能和心理健康的测验。准则将心理测验定义为评估心理特征的任何测量程序。在心理测验中,获得受测者行为的样本,随后使用标准化的过程进行评价和评分。准则不适用于非标准化的问卷和非结构化的行为样本或者教师以及训练者编制用来评价教育或训练成绩的测验。

……

一般知识和技能

TFTUQ从概念上将那些对好的测验使用来说重要的技能和知识分成两类:第

[1] From *American Psychologist*, *56*, 1099-1113. Copyright 2001 by the American Psychological Association.

一类是核心知识和技能,第二类是与情境相关的资格。对所有的做决策的测验使用者,或制定政策直接影响受测者生活的测验使用者,这个部分讨论的核心知识和技能都是实质性的。这套核心知识和技能被认为与所有测验使用者有关;然而,这一领域的技能水平以及知识深度可能依测验目的和情境而变化。

心理测量和测量知识

一般来说,测验使用者理解经典的测验理论,并且在适当的或必要的时候了解项目反应理论(IRT)是非常重要的。当测验使用者基于 IRT 进行评估时,比如适应性测试,他们应该熟悉项目参数(即项目难度、项目区分度、猜测度)的概念,项目和测验的信息函数以及能力参数(如 θ)。

描述统计。任何测验使用的基础是定义、应用、解释描述统计概念的能力……使用测验的人应该对描述统计有足够的知识和理解,以便选择和使用适当的测验工具,并对结果进行评分和解释。与测验使用相关的最普通的描述统计包括频次分布、描绘正态曲线的描述统计(例如峰度、偏度),集中趋势(如,均值、中数和众数),变异的测量(如方差和标准差),关系的指标(如相关系数),以及量表、分数和转换。

测验结果常常以数字形式表达关于个体的特征、技能、能力和态度的信息。测验使用者应该理解与量表、分数类型和分数转换方法相关的问题。例如,测验使用者应该理解和知道什么时候应用各种方法表征测验信息(如,原始分、标准分和百分位数)。有关概念包括量表类型、分数类型(例如,原始的、转换的、百分位的、标准的、常态化的)、量表分数等值以及临界分数。

信度和测量误差。测验使用者应该理解测验的信度和测量误差问题,当它们适应于使用过的特定测验的时候,还要了解其他可能影响测验结果的因素,了解适当地解释和信度的不同估计方法的应用(如,内部一致性、重测信度、评分者信度以及复本信度)。类似地,测验使用者应该理解测量的标准误差,也即呈现一个数字来估计与个体的表现水平相符的分数范围。

效度与测验分数的含义。测验分数的解释和使用,而不是测验本身,要受到效度评价。测验开发者和使用者都对有效性负责。前者提供证据支持测验用于特定目的,后者最终评价这一证据、其他可利用的数据以及在测试过程中收集的支持解释这些分数的信息。当测验被用作不同于测验开发者探查的目的时,测验使用者在评价效度证据中发挥特别重要的作用。

目前对效度的讨论已经集中在支持测验作为一种结构测量(有时被称为**结构效度**)的证据上。例如,测验分数的使用和解释的证据可能来自对测验内容的评价(内容代表性),来自对相关结果的预测方面的证据(效标关联效度),或者来自大量其他资源的证据……

测验分数的常模解释。常模描述一个特定人群样本的测验分数的分布。测验使用者应该理解测验参加者和特定的常模团体之间的差异怎样影响测验分数的解释。要考虑的问题包括常模的类型和他们对解释受测者分数的适当性、常模团体的特征、分数参照的类型(例如,领域参照、自我参照)以及期望表。

合适测验的选择。当不止一个常模可以利用时,测验使用者应该为某个特定的目的选择最好的测验或测验版本,而且应该具备背景领域的测试实践知识以及最合适

常模的测试实践知识。关于测验特征——例如心理测量的特征(前面已述)、理论和研究的基础、常模数据(适当场合的)——的知识应该影响测验的选择。例如,在下述场合,常模数据或决策规则可能不正确:(a)应试者的重要特征没有在常模团体中反映出来;(b)测验实施或评分程序没有遵循测验标准化中使用的那些程序;(c)测验的特征可能影响它在此情境中的使用(例如,天花板或地板效应);(d)测验包括与受测者文化不相关的任务;(e)效度证据不支持基于测验分数做出的决策。

……对测验使用者为一个特定的用途选择一个合适的测验来说,很重要的一点是他们要理解和考虑这些问题,比如测验分数的预期使用、用来开发或修订正在考虑之中的测验的方法或程序、测验旨在测量的结构的界定、测验目的以及它预期使用的背景的界定。

测验实施程序。关于程序要求、测验信息的保密、结果的交流以及测验安全的知识对许多测验应用来说非常重要,熟悉标准化施测和评分程序,理解测验使用者的伦理和法律责任以及受测者的合法权利也同样重要。与此类似,测验使用者理解与测验材料的泄露有关的法律和伦理问题也很重要,这包括保密性问题、对测试情境的依赖、受测者的特征。测验使用者应该能够向不同的听众解释测验结果和测验的局限。书面交流应该包括测验的目的和测验进行的情境。在准备关于测验结果的书面报告时,测验使用者应该意识到随着时间流逝测验分数可能变得逐渐独立于解释报告……

种族的、人种的、文化的、性别、年龄和语言的变量

对这些变量的考虑对心理测验的恰当选择和使用可能是很重要的。对特定目的来说,法律的要求影响或限制着测试、评分、解释、分析以及不同亚群体中个体的测验数据的使用。在有些情况下(如,应聘测试),在测验解释中使用性别、人种、种族划分是违法的。在合适的地方,测验使用者应该考虑,而且要获得关于法律和法规要求的法律建议,以便用一种与法律和法规标准一致的方式使用测验信息。与测试源于特殊群体(像人种或种族、文化、语言、性别、年龄,或其他分类的群体)的个体有关的问题,在 1999 年版本的**教育和心理测量的标准**中有非常详细的阐述(AERA,APA, & NCME,1999)。

……

测试有残疾的个体

在各种环境中以及出于多种目的,测验越来越多地施于残疾个体。在测试情境上适应残疾个体的要求给测验使用者提出了许多复杂的问题。测验使用者必须经常就使用并非为残疾人开发和制作常模的测验做出决策。在这种情况下,对从测验结果中得出的推论的信任度可能会降低。在实施测验和对修订测验的使用中,可能存在有关于残疾个体适应的法律要求。当评估有残疾的个体时,测验使用者应该考虑到,并在可能的情况下获得法律和法规要求方面的法律建议,这些法律和法规与评估有残疾个体时测验及测量数据的适当管理有关。

测验使用者应该熟悉在 20 世纪 90 年代发起的为测验使用者评估有残疾个体提供指导的一些努力。美国心理学会关于测验解释和多样性的特别小组出版了一

本书。其内容涉及,当对一些个体使用了不是为之开发、标准化和效度检验的测验时,如何识别与测验解释相关的科学和政策问题(Sandoval, Frisby, Geisinger, Scheuneman & Grenier, 1998)……最后,教育和心理测量的1999标准(AERA, APA, & NCME, 1999)包括了关于测试有残疾个体的技术考虑的章节。对残疾个体实施测试应该熟悉制约这一类个体测验使用的法律、技术和专业的问题……

接受督导的经验

除了测验使用者具备恰当使用测验所必须的知识和技能之外,另一点很重要的是他们还要有在经验丰富的专业人员督导下发展和练习他们技能的经历……

……

前　瞻

在过去几十年,心理测试过程已经经历了重大的技术变化。使用计算机实施测验和评分以及解释测验结果已经是普通测试的一个重要部分。因特网和其他革新技术的出现极大地扩展了心理测验的应用,这可能显著地改变了测验使用者、受测者和测验结果的消费者之间的关系。

源自这些新技术的部分积极变化包括测验更广泛的可利用性、更高的准确性、不断增强的测验的可通达性。在开发解释规则系统和专家系统方面的持续改进减少了测验过程中不断发生的疏忽。这种技术也将简化测试过程的某些方面。当测试活动中新技术的应用带来了改进的、但也更为复杂的测试服务时,本文谈到的增加了技术含量的知识和技能就可能变得必不可少。随着新技术应用到测试活动中所产生的改进的、但更复杂的测试服务,补充在这篇论文中提到的技术复杂性更高的知识和技能就变得必不可少。具有讽刺意味的是,复杂性的提高可能要求测验使用基本原理方面更加广泛的教育和训练。当要求测验使用者区分基于技术的形式和基于科学的内容时,这里所说的知识和技能会变得更加重要。

参考文献

Aiken, L. S., West S. G., Sechrest, L., & Reno, R. R. (1990). Graduate training in statistics, methodology, and measurement in psychology: A survey of PhD programs in North America. *American Psychologist*, *45*, 725-734.

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sandoval, J., Friby, C. L., Geisinger, K. F., Scheuneman, J. D., & Grenier, J. R. (Eds.). (1998). *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.

评论:

TFTUQ的报告也包括了在雇用、教育、生涯和职业咨询、健康护理和法医情境中测验使用的具体指南。在这些领域使用评估工具的读者应该参考这些更加特殊的建议。

尽管APA努力限制测验的出售,

以保证测验用于有资格的从业者,但这些努力可能受到现在流行的eBay、电子销售网站的削弱。最近的调查发现在2005年3个月的时间里就有82个心理测验或不完整的测验被列表出售:

> 清单中的大部分(74%)是韦克斯勒成人智力量表……韦克斯勒儿童智力量表……罗夏克墨迹测验是最常被列出的人格测验[9.8%](p.69)。

主题统觉测验和明尼苏达多相人格问卷也列在其中。许多测验还包括了手册。几乎50%的出售列表"没有具体说明所出售的测验只限于那些达到专业的或有训练资格的个体使用"(p.69)。LoBello, S. G., & Zachar, P.(2007). Psychological test sales and Internet auctions: Ethical considerations for dealing with obsolete or unwanted test materials. *Professional Psychology: Research and Practice, 38, 68-70.* 之后要考虑有关维护测验安全的内容时,读者应该将这些信息牢记在心。

为人事决策进行的测试和评价中的伦理问题[1]



⊙ 玛利尔·朗度和道格拉斯·W. 布里(Manuel London and Douglas W. Bray)

……

心理学家的道德义务

负责设计和应用评价程序的机构人员对他们的职业、他们评价的人以及他们的雇主负有道德义务……

心理学家对职业的义务

人事相关领域机构经常雇用有资格的高水平个体。期望这些身为 APA 会员或者由州发给执照实践心理学的心理学家遵守由美国心理学会、地方专业组织和/或州的法规发布的伦理实践的标准和原则……**关于雇员选拔程序的联邦统一准则**为所有机构的人事专家设定标准去遵守关于公平雇佣机会的联邦法规……对道德操守的期望行为一般包括了解本领域的最新进展、报告不道德的行为、提高同行对伦理问题的敏感性。

保持专业能力对有效应用评价技术是必不可少的。教育和心理测量标准专门有一个部分是关于测验使用者的资格的。测验使用者必须具备测量、效度原理和测验解释局限性的一般知识,并了解与他们使用的评价工具有关的文献。心理学家的伦理准则强调继续教育的必要,对新的程序持开明态度,并紧跟与实践和研究相关的联邦、州和地方法规……

心理学家对被评价者的义务

社会和法律的影响使得职业决策必须考虑正确性和雇用机会的公平性(Division of Industrial and Organizational Psychology,1975)。对受到职业决策影响的那些人的关注引发了许多伦理原则,其要求超出了提高和保持测试准确性以及确保平等雇佣机会的范围。这些原则包括避免侵犯隐私、保密、在评价前获得雇员和申

---

[1] From *American Psychologist*, *35*, 890-901. Copyright 1980 by the American Psychological Association.

请者的告知同意、尊重雇员的知晓权利、对数据利用施加时间限制、把虚假的积极和消极的决策减到最小、对雇员表示尊重和关心……

有些机构经常给那些希望对结果的知悉能提高业绩的雇员提供评价结果。其他机构则坚持保守秘密的方针,或者把它留给主管去决定是否提供反馈。法律现在保证公职人员可以获得这一信息……有必要对获取信息质量以及了解雇员行为态度的方法及其效果开展研究……

另一个有关评价保密性的问题,例如推荐,它涉及保护提供信息个体的身份问题,特别是,雇员应该了解关于他们的书面推荐信吗? ……允许雇员决定是否放弃了解推荐信和人事档案中的其他信息的权利可能是解决雇员对保密信息提出抱怨的一个可行办法,因为他们认为保密信息可能被用于不利于他们的方面。这里,也和在其他领域一样,在个体的权利和获得的信息的有效性之间存在冲突。一个重要的研究问题就是如果被称作推荐者的人知道申请者将有机会接触这些信息时,他们是否还会提供负面信息。

一个特别困难的伦理问题涉及在组织内保守测验结果的机密。一般来说,许多人事部门之外的个体可以合法地接触这些信息。例如,负责从公司内部填补一个空缺晋升职位的经理可以使用某个雇员的工作经历和业绩的信息。这种信息经常在雇员不了解的情况下被使用。这就提出了一个告知同意的问题,也即,在候选者参加测试之前告知他们,测验结果会被有目的的使用。由一个机构为某个目的而指定的测验常常在事后用于其他目的。从而,雇用测验的分数可能事后被用于训练计划中的选择、特殊类型工作的分配,或者职位晋升等。个人有权利了解测验结果的每一种可能的使用。这并不意味着每次做出一个决策时,个体必须被告知。更恰当地说,它意味着他或她应该知道可能与部分测验结果有关的各种决策……

评价过程中和评价之后对雇员的伦理处理是心理学家的另一个义务。雇员或应聘者被评价时受到怎样的对待,可能影响评价的结果以及他们对后续决策的接受和承诺。一般来说,评价程序应该标准化以保证平等对待并使受测者尽最大努力……标准程序应该包括个人的和考虑周到的处理、对评价过程的清楚解释、直接和诚实回答受测者的问题。

心理学家对雇佣者的义务

对雇佣者的伦理义务……包括传达对评价过程的准确期望,确保高质量的测验数据,实施和阶段性地回顾决策过程的合适性,尊重雇员的私人权利,平衡雇佣者的既得利益与政府的法规,与对心理学职业的忠诚,以及与那些因为人事决策而接受评价个体的权利……

心理学家必须尽力为人事决策提供高质量的信息,也就是可靠、有效和公平的数据。然而,心理学家常常不能使用最严格的科学方法断定测验的信度和效度,因为有限的资源、时间压力或其他由雇佣者施加的限制……

公平与消除基于种族、性别、民族背景或其他与工作不相关特征的歧视有关。法律已经以立法和司法裁决的形式对此问题做出反应。一般来说,如果测验导致了在人事决策中,对一个或更多受保护阶层做出显著的更低比例(与多数群体相比)

的有利决定,一个合理的、可信的以及有效的测验即使没有表现出不同的效度,仍然可能是不公平的(在统一准则中显著的更低比例被定义为低于大多数群体选拔比例的80%,但这个标准并不必然意味着不公平)。因此,除了决定一个评价工具是可靠的、有效的,心理学家还必须确定它是没有偏见的……

心理学家必须尊重雇佣者的私人权利,同时坚持伦理实践的标准。许多机构坚持认为他们的选拔方法需要保密,在有些情况下即使政府机构进行检查,他们仍坚持这一策略。处于竞争环境中的公司可能不情愿公布程序的细节。而且,机构可能担心即使程序是十分合适的,泄露关于程序的信息还是会导致棘手的问题,……因此,在工业领域工作的心理学家可能受限不能发表关于测验开发和效度的数据或其他受到雇佣者资助的研究结果。

当心理学家因为结果可能以某种方式对他们的雇佣者不利,而受到限制不能进行研究,另一个伦理问题就出现了……在这样一种情况下,心理学家必须遵照雇佣者的意愿,要不然设法说服雇佣者,或者调换工作。伦理问题必须由心理学家来解决。当心理学家认为正确的实践受到阻碍时,这个问题就变得很突出。实际上,这是心理学中许多伦理问题的症结所在。伦理责任是一个个人的和个体的问题。虽然情境可能由雇佣者建构,但心理学家知觉和解释情境,而且必须处理他或她认为对不道德实践起作用的限制……

在对雇佣者、职业和雇员的职业义务中的潜在冲突,最有可能发生在保密领域。必须满足管理部门的知情需要,同时对雇员和应聘者坚守评价结果将会保密的承诺,并确保评价工具的内容不被泄露到致使它们无效的程度……

总结和结论

……

……最后,我们必须认识到今天的伦理标准常常是明天的法律。职业标准常常被整合到法律中,以及被用作司法裁决的基础。当已出版的职业标准不够充分时,国会和法院会毫不犹豫地强加上他们自己的。因此,心理学家必须在游说议员和撰写法律中发挥积极作用。认识到伦理规定和法律要求是相互纠缠在一起的,而且可能会变得越来越纠缠,这应该是强大的动力,使我们采取道德的人事实践和开展将影响立法的研究。

参考文献

Division of Industrial and Organizational Psychology, American Psychological Association. (1975). *Principles for the validation and use of personnel selection procedures.* Dayton, Ohio: Author.

评论:

在工业情境中对伦理问题的全面分析,见 Lowman, R. (1998). *The ethical practice of psychology in organizations.* Washington, DC: American Psychological Association; 也见 Eyde, L. D., & Quaintance, M. J. (1988). *Ethical issues*

and cases in the practice of personnel psychology. Professional Psychology: Research and Practice, 19, 138-154。它包含值得讨论的可概括的短文,包含有关选择和解释测验的能力、多重关系,以及有效工具的不成功使用的问题。

虽然朗度和布里(London & Bray)没有引用它,但在1979年,美国最高法院判决了一个案子,这个案子提出了许多在他的论文中被讨论的问题。更重要的是,虽然案子涉及全国劳动关系法案(National Labor Relations Act)的解释和雇用情境中测验的使用,但它对所有心理学家有着更广泛的影响。这一案子不仅与测验结果的保密问题有关,而且在更大的背景中,它使得整个美国心理学会的伦理准则与法定义务对抗(见第2单元)。案子始于一个当地电气公司的10名雇员申请晋升,而在成套能力倾向测验中没有达到可接受的分数。在集体谈判的条件下,受到不公正对待的雇员的工会代表对结果提出质疑,并声称测验程序不公平。他们要求雇佣者提交测验、雇员的答案单以及其他测验相关的数据。

雇佣者坚称透露测验数据将使测验在未来无用。而且,雇佣者拒绝透露关于任何特定个体的测验数据,坚称在雇员和实施测验的心理学家之间有保密关系。而工会代表坚持他们有知晓这些数据的权利。

这一纷争最先被一个执行法官(ALJ)听到,他裁决雇员测验结果应该被移交给由工会挑选出的工业心理学家。为了保护测验安全性,执行法官不准工会代表复制或透露问题给雇员。然而,全国劳动关系委员会(National Labor Relations Board)驳回了执行法官的判决,并且命令将测验结果和原始数据直接提交给工会代表。他们有决断的权利,即使他们在解释测验结果时需要帮助,也不能被强制要求会见心理学家。

面对着APA的反对意见(向法官的一个朋友口头透露了要点),法院肯定了委员会的指令,并裁决测验的安全应该通过委员会阻止工会的工作人员扩散测验数据来予以充分的保护。雇佣者通过宣称测验问题或分数的任何泄露将会导致心理学家卷入违反伦理规范的测试中来进行反驳。上诉法庭拒绝这一理由,断言美国心理学会的伦理规范不能阻碍工会成员行使他们进行集体谈判的权利。

雇佣者要求美国最高法院审查下级法院的判决。法院开始承认“心理学的能力倾向测验是在工业和政府部门被广泛使用的一个雇员选拔和晋升工具。无可争辩的是,测试保密对任何这类程序的效度极为关键,而分数的机密性毫无疑问对受测者很重要”(p. 304)。法院指出,由地区法院支持的全国劳动关系委员会的要求没有恰当地考虑这些重要性。法院说,(劳动关系)委员会在要求公司提交测验和答案给工会时滥用了它的决断力。后面会涉及伦理问题。

底特律·爱迪生公司对全国劳动关系委员会[1]

5

……

公司争辩说，即使分数与工会的抱怨（强烈抗拒）有关，工会对信息的需要也不足以重要到需要违背对受测者保密的承诺，违背工业心理学家的职业道德规范，以及至少让部分受测者可能觉得尴尬和烦恼。委员会作出反应，认为这一信息确实满足"相关性"的适当标准，……而且公司是"单方面"决定承诺为受测者保密，不能依靠那一承诺来抵抗对相关信息的要求。它争辩说，公司心理学家的职业义务必须让步于极为重要的联邦法律。最后，它放弃了推测性的观点，即得低分的雇员可能感到尴尬或困扰。

我们可能出于对这个讨论的关注，接受雇员得低分与工会的愤愤不平以及委员会的主张有潜在的关联性，委员会认为联邦法定的透露相关信息的义务不能被个别团体的伦理标准挫败……然而，我们同意公司认为它透露这些分数的意愿只能以来自受测者的知情同意的允诺为依据，这样才满足在§8(a)(5)中它的法律义务。

众人熟知，对于有人泄露可能对他或她的基本能力构成压力的信息的敏感性，是司法关注的一个适当的论题。[脚注省略]……

考虑到由于处理雇员不满而可能造成的对工会职能的损害，根据当事人（正是这些需要处理不满情绪的雇员）知情同意的原则透露测验分数而提供的利益以证明工会职能的合理性的做法，其代价实在是太大了。在这一例子中工会的负担是最小的。而公司在保护测试过程中雇员自信心方面的利益关系被很好地确立了起来。

我们不能支持委员会的结论，该结论认为公司抵制在未告知同意情况下透露个体的测验结果，是违反了守信的法律义务……因此，我们认为要求公司无条件透露雇员分数给工会的做法是错误的……

评论：

正如埃伯雷恩（Eberlein，1980）提到的，这个案子中的心理学家被看做是管理部门的雇员。他们受到雇主和工会之间的集体谈判协议的约束，造成在他们的伦理义务和服从法律的义务之间的冲突。虽然，如他提到的，咨询心

---

[1] From *Detroit Edison Co. v. National Labor Relations Board*, 440 U.S. 301(1979).

理学家面临不太严重的伦理冲突,他们可能有义务拒绝做出某些行为,但仍然面临困难的抉择:

> 在某些咨询请求中,心理学家可能被要求背离他们的标准实践,必须准备拒绝可能陷入利益冲突或要求非专业行为的合同。伦理标准只是准则,当有重要的理由存在时,心理学家应该准备好偏离它们。法律要求或法庭命令提供这样一种理解,即一位心理学家是否愿意承受藐视法庭的后果,或者提供合适的法律程序所要求的信息,这成为一件关乎良心的事情。(p. 754)

Eberlein, L. (1980). Confidentiality of industrial psychological tests. *Professional Psychology: Research and Practice*, 11, 749-754.

到目前为止,底特律·爱迪生案件的总的要点是最高法院明显赞成全国劳动关系委员会,认为透露相关信息的联邦法律不能被 APA 这样的个别团体的伦理标准给难住。这样,在底特律·爱迪生案件中的决策中蕴含着:当面临法律施予的最重要的义务时,心理学家不能只依靠职业道德和标准来保护他们。与测试比较起来,还有什么其他领域,这种冲突能给科学家和职业人士带来这样的难题?

无论如何,现行的测验标准中的标准5.7规定"在任何时候测验使用者有责任保护测验材料的安全"。类似地,现在的伦理规范中的标准9.11要求心理学家"做出合理努力以维护测验材料和其他与法律、合同义务相容的测评技术的完整性和安全性,以及在某种意义上维持对这一伦理规范的遵从"。

考虑下面的情形:

> 一个被控告犯有严重罪行的刑事被告人的律师让一位法医临床医生进行一次评价,以决定被告人是否能进行精神失常辩护。心理学家开展由临床会谈和许多测验组成的全面评估。评估之后,临床医生写一个报告并依照证据相关原则得出结论,被告人的律师将心理学家的报告呈交给检查官。然而,检查官也要求心理学家提供来自施测于被告人的测验的基本原始数据。心理学家能因为在伦理上受到阻止而不遵从那种要求吗?

在回答这一问题时,临床医生的第一个任务就是定义"原始数据"。虽然1992年的准则没有给这一术语下定义,但现在的准则有助于更精确地描述它的两层意思。标准9.04指的是"原始数据"的发布。这一术语"指的是原始量表分、当事人/病人对测验问题或刺激的反应、心理学家在测验中关于当事人/病人的陈述和行为的笔记和记录"。标准9.11将测验数据和"测验材料"进行了区分。后者指的是手册、工具、规程和测验问题或刺激。所以,要注意的是,含有当事人/病人反应的测验材料的那些部分,应被包括在测验数据的定义中。

第二个任务是指2002准则和其他政策文件中的相关部分。阅读标准9.04和9.11,也参读在离婚诉讼中的儿童监护权评价准则(参见第九单元,准则9-11);法医心理学家的专门准则(参见第九单元,准则Ⅴ[A][2];Ⅵ[B];Ⅶ[A][2][a,b]);尤其是保留准则的大部分记录(参见第十单元)。

如果读者已经准确地诠释了这些文件,那么很清楚的是,没有关于透露测验数据和材料的绝对的道德约束。撇开前面引用的职业组织文件,底特

律·爱迪生案件表明存在对保护测验安全性的明显外部限制。随着电视播放审判的出现，这个问题变得更加危险。想想心理学家被法庭强迫提出和讨论问题、结果，解释 IQ 量表、人格测验以及投射工具这一类的材料的情况。当然，心理学家无法控制法官的行为。例如，在挑战韦克斯勒和斯坦福-比纳智力量表有效性的情况下——PASE v. Hannon, 506F. Supp. 831 (N. D. Ill, 1980)[1]——法官在评价测验中透露了两个测验的全部问题和正确答案。因此，即使他提出测验没有文化偏见，它们的安全性即使没有破坏的话，也已经处于危险境地。关于这些问题的更加完整的讨论，见 Bersoff, D. N. (1982). Larry P. and PASE: *Judicial report cards on the validity of individual intelligence tests.* In T. Kratochwill (Ed.), *Advances in school psychology* (*Vol. 2, pp. 61-95*). Hillsdale, NJ: Erlbaum。

考虑到关于保护测验数据和测验材料的极端焦急的事态，美国心理学会的两个管理机构提出关于从心理评估中收集到的信息的发布准则。第一个文件得到美国心理学会理事会(the APA Council of Representatives)的批准，从而被考虑作为美国心理学会的指导方针。

[1] PASE 是 Parents In Action On Special Education 的首字母缩写。PASE v. Hannon, 506F. Supp. 831 (N. D. Ill, 1980)是 1980 年发生在美国芝加哥地方法院的一起案件。案件的起因是两位黑人学生控告芝加哥教育局通过智力测验将他们评定为智力落后，并将他们安置到专门为可教育的智力落后(the Educable Mental Handicapped, EMH)儿童设计的特殊教育课堂。家长认为学生所接受的智力测验是有种族偏见的。遂起诉芝加哥教育局。——译者注

关于测验数据泄露的声明[1]



⊙ 美国心理学会心理测验和评估委员会

(Committee on Psychological Tests and Assessment, American Psychological Association)

……

一般问题

测验数据包括个人的测验结果、原始测验数据、记录、书面的/计算机生成的报告、总的分数或个人的量表分数,以及诸如测验程序、手册、测验项目、评分答案或算法及测验开发者或出版者需考虑其安全的任何其他材料。

……

心理学家应该知晓,职业标准和实践以及管理测验数据泄露的法律授权常常依测验情境、预定目的和测试使用的不同而有很大不同。有时,这一声明和美国心理学会的标准可能与法律授权、机构或组织的要求相矛盾。当这种矛盾出现时,心理学家应该尽力识别相关问题,表达他们对相关标准的承诺,设法在可行范围内用遵从法律和职业实践以及伦理准则(APA,1992)[2]、执照法规和其他相关标准的方式解决它们。

测验数据的利用

心理学家及其他雇用机构和组织,可能开发正式的程序和策略来处理测验数据的保留、审查和发表。心理学家一般在测试之前与受测者、个人和机构客户讨论测验数据和测验结果泄露的限制。这样,心理学家可以提供帮助,使得对于这些机密、安全的测验数据发布的误解减到最少。

……适当的时候,心理学家应该考虑到在受测者的保密权利、与测验出版者的合同义务以及其他相关团体(如,第三方付款者)之间可能存在冲突。

---

[1] From *American Psychologist*, *51*, 644-648. Copyright 1996 by the American Psychological Association.

[2] 主编说明:参看美国心理学会伦理准则(APA Ethics Code,2002)。

告知受测者测试的目的、使用和结果

心理学家通常在测试之前获得受测者或他们的法律代表的告知同意书，除非当测试的特点不需要这种同意书（例如，某些类型的雇佣测试、法庭要求的评估）。即使不需要同意书，尽量获得它可能还是有好处的。当评价是一个律师要求作出的而不是法院要求作出的时候，获得知情同意也是必需的。当在测试前告知测试的理由、使用意图和可能结果的范围、什么测试结果将被发表、测试信息将向谁公布后，知情同意书意味着受测者或他的/她的代表已经同意测试。

……

在测验完成和评分之后，心理学家也应该向受测者提供测验结果的解释，当心理学家的角色不妨碍这种解释时，以及当心理学家已经在测试前说明了这种解释的可能局限时，就应该提供这种解释（APA，1992；标准1.07"心理服务的性质和结果的描述"；2.09"评估结果的解释"）。APA1992年伦理准则和1985年测试标准承认向当事人提供测验结果和解释的除外，当测试是法律强制的时候，当测试是作为准入或雇用筛选过程的一部分的时候……，或者测试应用于某些机构咨询、安全审查和司法评价中（APA，1992，标准2.09"评估结果的解释"）[1]，可能不必要求公布和解释测验数据。适当的时候，心理学家在测试一开始时就要向个体告知这些限制。

……当向受测者或其他个人或机构（例如，父母、监护人、教师、人力资源部、法律专家）公布测验分数或报告时，心理学家应该努力提供关于测试的特点、目的和结果（例如，解释分数意味着什么、分数的置信区间、他们关于其解释的准确性或局限性的重要的保留态度）以及分数将会怎样被使用的易于理解的解释。

有无受测者同意书时公布数据

根据单个受测者名字确认的测验数据，在没有受测者、受测者的父母或监护人、机构委托人或法人代表知情同意的情况下通常不许向任何人、第三方付费者或机构透露。不管这种同意是否提供或未提出知情同意的要求（参见 Section Ⅲ 前文），心理学家可能仍然要尽力将对测验数据的接触限制于有资格的专家的范围。

……

当事人放弃保密性的意图被心理学家看作与当事人的最佳利益相左时，心理学家通常要讨论公布信息的心理含义。心理学家通常协助当事人对信息披露加以限制，只披露当前情境需要的信息，以及只向其他有资格的专家披露。

……

[1] 主编说明：参见美国心理学会伦理准则(2002)标准9.10。

数据公布以及测验的安全性

……

向没有资格的个人泄露可靠的测试材料(例如,测验项目、测验评分或测验程序)可能会降低测验的效度。没有资格的人使用测验项目可能不仅仅是致使测验对那一个体的使用无效,而且对其他可能接触测验项目和反应的人来说,也危害了测验的安全性和完整性。这种泄露给普通大众造成了非常具体的伤害——失去有效的评估工具。因为数量有限的标准化的心理学测验只是对于既定的目的才被认为是合适的(在有些情况下,仅有一个工具),它们不太可能很容易地被替代或替换,如果一个个体获得项目内容的先前知识,测验的可靠性就被打折扣了。

个体智力测验、人格评估技术、成就测验的项目和常模的发展和精炼,经常需要许多年的研究和大量的努力和花费。测验项目或其他测验材料的不合适的泄露也可能导致那些开发或拥有测验的多方的损失,可能导致违反合同,从而使心理学家违反他们的测验购买条款或租赁合同。

向没有资格的人泄露数据

心理学家通常向需要测验数据的个人或机构告知心理学家对伦理规范以及职业标准和实践的义务(APA,1992),这包括采取合理的措施限制测验数据向有资格使用这一信息的人透露。

任何数据的透露必须遵从伦理准则(APA,1992),它要求心理学家避免误用评估技术、结果和解释,并采取合理措施阻止其他人误用评估结果……将测验结果泄露给没有能力解释这些数据以及数据的局限性的人,其利害关系首先在于数据将会被误用,可能对当事人、病人或其他人产生伤害性的影响。除此以外,没有训练的和/或没有资格的个体可能基于对测验数据的误解做出有害的和误导的决策。心理学家的责任扩展到原始数据资料,例如对测验项目的反应、在评估中的观察记录,这些记录可能被包含在测验程序或测验记录中。

透漏数据时保护版权利益

测验和测验程序一般受到联邦版权法的保护,没有版权拥有者的许可通常不可以被复制。心理学家由法律或法规授权提供测验的副本、测验手册或测验程序时,需要考虑版权法,很可能由于透露这些材料违反了版权法。

心理学家熟悉他们的测验购买条款或与测验出版者的租赁协议的条款,以及适当了解联邦版权法的条款是明智之举。心理学家可能希望在发布特定测验材料之前与测验出版者和/或知识渊博的专家商量解决可能的冲突,以确保测验出版者的版权和所有权利益不受到损害。

遵从联邦和州的法令、规则、法规、组织/机构的规则和要求

联邦和州的法令、联邦/州的规则和法规，以及法庭判决的先例都提出了随着测试情境、测验使用或意图、以及要求公开数据的一方而变化的泄露要求。法庭判决主要是个案特异性的，也就是说，判决是基于一个个案的具体事实，通常考虑被保护信息对解决法律问题的必要性程度来平衡参加者的权利。也可能有额外的宪法的、法令的或习惯法的隐私保护法约束测验泄露。因此，对心理学家来说，明智的做法是了解所在州以及在特定情境中，制约测验信息泄露要求的可适用的法律限制。

泄露测验数据给第三方支付者

（编者提示：参看第十单元）

第三方付费者（例如健康保险机构、健康维护机构）和雇佣者（当自我保险或因为其他目的如残疾鉴定或批准休假）有时需要测验结果来决定当事人接受服务的资格或支付提供测试或评估服务的心理学家的偿付。心理学家经常要求当事人或他们的法定监护人签署一个书面公布书，表示同意这些记录公布给合适的健康保险机构。这些记录经常以书面形式被透露，而且可能包括或排除实际的测验分数。然而，心理学家要特别关心关于安全的测验材料（如，程序、测验项目）的公布，并将相关伦理标准和约束这些材料公布的任何合同义务告知要求方。

当机构是委托方时透露测验数据

……

心理学家对测验参加者确实负有职业责任，即使当委托方是一个机构时。在这种情况下，为机构委托方工作的心理学家应该尝试去预期可能的竞争目的以及向机构委托方和测验参加者澄清这种矛盾怎样才能解决或避免。在许多情况下，心理学家在机构（雇员或顾问）和机构政策中的角色特征会阻止测验数据泄露给测验参加者个人。当法律要求泄露机构背景中的测验或测验记录的情况下，心理学家应该考虑设法保证对任何透露的测验和测验记录（例如，涉及政府单位的材料可能要在州或联邦信息自由法之下服从泄露）进行适当的保护。

……

心理学家在司法情境中的角色

（编者提示：参看第九单元）

管理测验数据披露的法律要求，在州与州之间可能是完全不同的。面临着要求提供测验资料的心理学家们被鼓励去保护州内的有关管理法的建议。在这些州，可应用于特殊情境的联邦与地方的条令和规则提出来了，问题也出现了。心理学家被鼓励去了解可应用的指导原则，也要了解伦理的和适当的专业标准。

心理学家在要求与获得安全的测量数据和测验材料中的角色

要求公布数据或与提出这种要求的机构或代理有关（通过聘用、付费或不付费的咨询关系或其他关系）的心理学家应该知晓可适用的伦理和职业标准。需要数据的心理学家或者隶属于某个要求测验数据的机构的心理学家，要进行合理努力维护所要求的测验和评估的完整性和安全性，保护当事人和测验数据的机密，采取合理的措施阻止其他人误用测验数据。心理学家可以帮助需要数据的机构适当限制对测验数据的需要，这些数据与特定目的相关，并且只限于有合法利益的有资格的专业人士去接触……

其他问题

测验项目的重印

在决定是否重印项目时，心理学家被鼓励考虑目标受众的资格，一般公众或潜在的受测者接触出版物的渠道，出版物的意图和使用，使评估技术失效的可能性，以及知识产权/版权法。重印或对出版物中个别测验项目的描述（例如，通俗报章、论文报告、研究论文、书、技术报告、新闻稿）可能损害许多标准化测验的完整性和可靠性。

心理学家一般在重印测验项目之前获得版权所有者的允许……

在教学和训练中使用测验项目

对要在训练中使用测验项目的人或使用测验数据的人来说，明智的做法是得到有资格的专业人士的直接监督。学术部门和教授们应该在阻止非专家个人接触的条件下维护所有测验材料的安全……

为了示范的目的让学生接受测验时，教师要保证测验的安全和恰当使用。因为在这种示范中，接触测验可能会使测验在学生将来使用时无效。只要有可能，作为真实测验的课堂实施或示范的选择，鼓励采用模拟测验项目、电影或视频示范或其他可选择的手段。

测验数据的保持和维护

测试标准（APA，1985）规定当某个人的任何测验数据需要保留时，测验程序和任何书面报告都应该保存下来（标准 15.9），而且，数据（无论以纸质、数据文件等保存的）应该受到适当的保护以免于不适当地泄露（标准 16.5）。伦理准则（APA，1992）和记录保持准则（APA，1993）包含关于心理记录保留的额外信息……

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

私人开业者处理传票或被迫提供当事人记录、测验数据作为证据的策略[1]



⊙ 美国心理学会法律问题委员会

(Committee on Legal Issues, American Psychological Association)

……这一文件既不试图为开业者确立任何思考和行为标准,也不确立美国心理学会的方针或准则。相反,它提供有关心理学家在独立实践中可以用来对传票或被迫提供法庭证词作出回应的策略的一些基本信息,而这种回应会涉及当事人记录、测验数据、测验手册、测验规程或其他测验信息。

作为一般的法律原则,所有公民都被要求在法庭面前提供判决问题所必须的信息。从法律系统的角度来看,事实的审查员(也即法官或陪审团)可利用的相关信息越多,就越有可能做出公正的判决。法令、民法规则和刑事诉讼程序以及证据法规则已经确立了这类信息的传送程序。为了获得这一材料,传票(要求出庭提供证据的法律命令)或文件传票(要求出庭并带来特殊文件的法律命令)可能被传送。法庭可能会发出法庭命令要求提供证据或文件。要求提供证据或文件的传票,即使不是法官签署,也要求及时反应,但是它也可能被修改或取消(即,使之无用或失效)。

将对传票的反应和泄露机密信息区分开来是很重要的。除非出庭律师或法院免除,否则心理学家对传票做出反应,确切地说,是在特定时间特定地点(带着记录,如果传票是文件传票)做出反应是非常必要的。然而,对传票做出反应并不必定要泄露机密信息。按规定披露机密信息,除了需要有效的传票之外,心理学家还需要确保满足泄露机密信息的条件(如当事人同意或法官的命令或其他合法命令)。因此,虽然传票要求做出反应,但传票本身不足以为泄露机密信息提供正当理由。然而,一旦要求证据或文件的法庭命令已发出,而(及时做出的)让法庭撤销或修改命令的任何尝试未获成功时,心理学家如果没有遵从,他或她可能被视为藐视法庭。

法律系统的要求有时与心理学家维护当事人记录保密性的责任相冲突。这种责任来自好的临床实践、伦理标准、职业执照法律、法令和其他可适用的法律原则。在许多情境中,在职业关系过程中生成的当事人材料也可能归入证据特权之下,这一特权保护这些信息免于司法审查。大多数州和联邦司法裁判权承认心理治疗家—病人特权,允许当事人不把传达给心理治疗家的机密材料泄露给法律情境中的

[1] From *Professional Psychology: Research and Practice*, *37*, 215-222. Copyright 2006 by the American Psychological Association.

其他人。在大多数裁判权限中,这一特权属于当事人,而不是治疗师。心理学家有责任维护机密性并且坚持心理学家—病人特权,除非当事人明确放弃了特权,除非有法律认可的特权存在的例外,或者除非法庭命令心理学家移交当事人的信息。在当事人适当放弃控制或法庭命令的情况下,治疗笔记、处理笔记、当事人信息表、账单记录和其他诸如此类的信息通常要被递交给法庭。心理测验材料呈现出更加复杂的情况,因为不恰当的泄露可能严重损害测验可靠性,并危及测验的效度和作为测量工具的价值。

心理学家有大量伦理的、职业的和法律的义务,涉及当事人记录、测验数据和其他法律情境下的信息的泄露。许多类似义务可能允许泄露,尤其包括所有公民当被传唤时必须在法庭上提供真实和完整的证据这类一般义务。但是常常有冲突的义务和原则支持拒绝提供这些信息。这些义务可能包括对以下这些人的义务:(1)接受治疗和/或心理测试(例如,可能包括当事人对测验项目反应的特权的或保密的交流)的当事人或其他个体;(2)公众(例如,避免测验项目、问题、程序或其他测验信息的散布,这种散布可能对测验完整性和持续有效产生不利影响);(3)测验出版者(例如,在心理学家和测验出版者之间约定的不泄露测验信息的合同义务;版权法列入的义务);(4)其他第三方(例如,雇佣者)。这些义务偶尔会彼此冲突。在美国心理学会关于"心理学家的伦理准则和行为规范"中(APA,2002),下文被称为美国心理学会伦理准则,面临伦理和法律责任之间冲突的心理学家要传达他们对伦理准则的承诺,要采取措施解决冲突,如果冲突不可解决就要实现他们的法律义务……

有一些特殊的情境(如,教育的、机构的、雇用的),在其中,当心理学家的法律和伦理义务涉及当事人的记录或测验信息的泄露时,又提出了特殊问题。本文的目的不在于谈论在这些特殊情况下的泄露问题,也不打算解决心理学家在协调法律和伦理义务时面临的两难矛盾。

处理传票的策略

确定对信息的要求是否具有法律效力

首先必须确定心理学家是否实际上已经收到了一个合法有效的泄露敏感测验数据和当事人记录的正式要求,而为了做出这一决定,向律师咨询是必要的。如果正式要求不具有法律效力,那么心理学家没有法律义务顺从它并对之做出反应。递交文件的传票一般必须允许足够的时间对正式要求做出反应,并提供一些时间以便反方随时改变主意取消这样一个要求。没有这一允许的时间段,传票可能是无效的。即使一个宣称要法律强制实施的正式要求也可能无效。例如,签署传票的法庭可能没有管理心理学家或他/她的记录的权限(如,在一个州签署的传票可能不能合法约束在不同的州居住或工作的心理学家)。或者,传票可能没有被合适地送交心理学家(例如,有些州可能需要亲自送交本人或通过保证邮件或要求这种记录的传票还附带一个特殊的法院指令)。心理学家在做这样一个决定时咨询律师是明智之举。如果心理学家推断要求是合法有效的,那么就要对律师或法庭做出正式反

应——或者遵从要求，或者反对要求，部分或全部。心理学家对有效传票做出反应的义务不必要与法庭命令下的反应相同（见 section titled file a Motion to Quash the Subpoena or File a Protective Order below）。在大多数情况下，下一步可能包括联系心理学家的当事人。然而，在联系当事人之前，心理学家可能希望考虑反对的理由或限定提交所需要的信息，以便当事人能更充分地理解他或她的选择（见 section titled Possible Grounds for Opposing or limiting Production of Client Records or Test Data below）。

联系当事人

与要求提供的记录有关的当事人常常在保护记录的机密方面有法律保护的利益。因此，如果心理学家收到一张传票或预先通知，他或她可能被要求披露当事人记录或测验数据，合适的时候，心理学家要与当事人（或者他/她的合法监护人）讨论要求的含义。心理学家可以带着当事人的有效同意书与当事人的律师商量。然而，通过法律诉讼的过程，认识到当事人律师的利益和心理学家的利益可能有分歧是很重要的，而且心理学家可能需要寻求独立的法律咨询和事实陈述以确保他或她的利益受到保护。

与当事人的讨论将告知当事人哪些信息是要求披露的，这一要求的目的是什么，需要对之提交信息的机构或个人的信息，以及信息可能被那些机构或个人进一步泄露的范围。随着这种讨论的进行，一个有合法能力的当事人或当事人的合法监护人可能选择同意提交数据。为了澄清或者如果将来需要文件，让这种同意变成书面文字是最安全的。在有些州，书面同意可能是法律要求的。然而，当事人的同意可能不能解决第三方（例如测验出版者）的潜在保密要求。更多的信息，见美国心理学会伦理准则，伦理标准，第 4 部分（APA，2002），以及教育和心理测试的标准（1999）。

与要求者协商

如果当事人不同意泄露所要求的信息，心理学家（通常经过协商）可以寻求通过与要求方的法律顾问进行讨论合法阻止泄露。心理学家在这种讨论中的立场可能得到反泄露的法律论据的支持，包括关于心理治疗家—病人特权规则之下心理学家的职责。这些规则常常允许心理学家声明其在缺乏特定发布或法庭命令的情况下，有维护当事人利益的特别权利（一些可能的论据概括在标题为“Possible Grounds for Opposing or Limiting Production of client Records or Test Data below”的部分）。这种协商意在寻找是否有办法不泄露保密信息就能达到要求方的目标的途径，例如，通过泄露非保密材料或提交由心理学家泄露非保密信息的宣誓书。协商也可以被用作在法庭或宣誓作证中避免强迫证词的策略。简而言之，协商可被作为避免机密测验或当事人信息大量泄漏的一种可能手段。这种泄露可能不是为了当事人、公众或同行的最佳利益，甚至可能与法庭面临的问题不相关。这样一种选择可以通过与心理学家的律师或者当事人的律师进行探索。

从法庭寻求指导

尽管有了这种讨论，如果要求方坚持要提交保密信息或测验数据，对心理学家

来说最安全的途径可能是寻求法庭裁决看是否必须要泄露。最简单的行动办法，也可能是最不花钱的办法，就是心理学家（或他/她的律师）写一封信给法庭，写一个复件给双方的律师，陈述心理学家希望遵守法律，但他/她有伦理义务不提交保密信息或测验数据或证实它们，除非被法庭强迫这么做，或者得到当事人的同意。在写这样一封信时，心理学家（或他/她的律师）可能要求法庭考虑心理学家服从联邦要求的义务（例如，1996 年的健康保险携带和责任法案（the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996，HIPAA），来保护当事人的利益、保护第三方的利益（如测验出版者或其他人），以及通过保护测验本身的完整性和持续有效性来保护公众的利益。这封信可能有助于法庭对信息扩散的潜在有害影响变得敏感。如果法庭倾向于要求提交信息，那么这封信可能也试图给法庭提供一些建议，如将泄露的有害后果降到最小的办法，下面就是一些这样的建议：

1. 建议法庭指导心理学家只将测验数据提供给法庭指定的或要求这种信息一方指定的有资格的另一位心理学家。

2. 建议法庭限制当事人记录或测验数据的使用以防止广泛的散布。例如，法庭可能命令将信息提交给法庭、密封保存，只是出于法律的目的被单独使用，官司结束后在密封之下将数据的所有复本归还给心理学家。也可能命令提出要求者必须防止或限制信息向第三方泄露。

3. 建议法庭限制必须提交的信息的类别。例如，当事人记录可能包含关于第三方的机密信息，例如配偶，她/他可能对保护机密性有独立的要求，而且这种数据可能与法庭的问题关系很小或无关。法庭应该限制提交命令，以排除这类信息。

4. 建议法庭通过使用不公开的程序自行确定（即是在办公室审理中非公开地听取或复查），当事人记录或测验数据的使用是否与法庭面临的问题有关，或者它是否可能依据心理治疗家—病人特权或其他特权（例如，律师—当事人权利）能全部或部分免于泄露。

5. 建议法庭拒绝或限制要求，因为这对心理学家来说是一个沉重的负担（例如，见民事诉讼的联邦法则 45[c][1-3]）。

6. 建议法庭免除提交"心理治疗笔记"，如果心理学家保存独立的心理治疗笔记是 HIPAA 隐私法则规定的……（见本卷的第 10 章）。

申请取消传票的提议或申请保护命令

取消提议是出于让传票取消或宣告无效的目的，向法庭或法官提出的正式申请。要求全部或部分取消传票或提供证词的理由是可能存在的。例如，被寻求的信息可能受到治疗者—当事人特权的保护，因此可以不屈从于披露的要求，或者它可能与法庭的问题无关（见 section titled Possible Grounds for Opposing or Limiting Production of Client Records or Test Data below）。这一策略可被单独使用或结合保护命令提议使用。

保护命令提议是从法庭寻求一个命令或政令，保护信息披露以免于出现意外结果。保护命令可以满足当事人和测验出版者以及公众这样的第三方的司法利益。这一策略的焦点首要和重要的是防止或限制当事人和测验敏感信息的泄露和使用。保护命令提议可能包括前面部分列出的任何要素。

如果因为当地程序或其他考虑，不能通过给法庭写信的手段寻求指导，那么可能有必要申请一个提议寻求解除由提交机密记录的要求所强加的义务。在许多裁决中，可能的提议包括部分或全部取消传票的提议，或者保护命令的提议。申请这样一个提议可能需要律师的帮助，代表心理学家或心理学家的当事人。

如果提议是由其信息被寻求的当事人（当事人会保护他或她自己的利益）而不是寻求保护当事人或第三方权利的心理学家申请，法庭一般更可能接受取消提议或保护命令提议。心理学家可能希望一开始就决定是否当事人律师想寻求取消传票或寻求保护命令，如果是这样，可能希望在这方面给当事人的律师提供帮助。如果当事人拒绝泄露信息，他或她的律师可能愿意带头反对传票。

心理学家的证词

如果在询问作证中，要求心理学家披露机密信息，只有当信息是享有特权保护时，他或她才可以拒绝回答问题。如果有保护特权的合理理由，心理学家可以拒绝提供测验数据或当事人记录，直到法庭下达如此命令。没有正当理由就拒绝回答问题的心理学家可能会受到法庭处罚，包括付给要求方的费用以及获得传票的法庭效力的费用。因为这些原因，心理学家由他或她自己的律师代替出庭作证比较明智。律师可能建议心理学家记录在案，当一个问题需要机密信息时，这种记录在案的建议将有助于保护心理学家免于错误泄露或错误拒绝泄露带来的不利法律后果。

类似地，如果对机密信息的要求在审判作证时第一次呈现，心理学家可以维护基本权利，并拒绝回答，除非法庭命令这么做。这一领域的法律是有点变通的。因此，对他或她来说，明智的做法是在作证之前咨询律师。

对提交当事人记录或测验数据加以反对或限制的可能理由

下面一些可供选择的理由在拒绝提交机密信息、记录或测验数据的特定案例和/或特定裁决的事实下可能或不能利用……：

1. 法庭没有管辖心理学家、当事人记录或测验数据的权限，或者心理学家没有收到十分合法的提交记录或测验数据证据的要求（例如，不适当的服务）。

2. 心理学家没有保管或控制需要查询的记录或测验数据，例如，因为它们不属于心理学家，而是属于他或她的雇佣者。

3. 治疗师—当事人特权使记录或测验数据免于泄露。许多州承认特权的根据就是，有效治疗所必须的开放性需要，包括当事人期望的所有的治疗记录、治疗透露的内容以及测验数据要能保持机密性。泄露是对当事人隐私的严重侵犯。心理学家有伦理义务去保护当事人对保密的合理期望。见美国心理学会伦理准则，伦理标准第 4 部分（APA，2002）。

4. 要求查询的信息与法庭的问题无关，或者将信息延伸到与法庭无关问题时所要求信息的范围过宽，包括与第三方比如配偶有关联的无关信息。

5. 手册、程序等测验信息的公开传播等可能伤害公众的利益，因为它可能影响将来测验人群的反应。这种影响可能导致有价值的评估工具的丧失，从而既伤害了

公众,也伤害了心理学职业。

6. 测验出版者有兴趣保护测验信息,心理学家可能有契约的或其他法律的义务(例如版权法)不去泄露这类信息。这种合同要求与将测验信息移交给公众领域的担忧结合起来,可以证明签署一个保护命令以反对测验工具或程序的扩散是正当的。

7. 心理学家有伦理义务保护测验信息和数据的完整性和安全性,并避免评估技术和数据的误用。心理学家也有伦理义务采取合理的措施阻止其他人误用这些信息。见美国心理学会伦理准则,伦理标准第 2 部分(见 APA Ethics Code, Ethical Standards, Section 2. APA, 2002)。

8. 参照在伦理准则、职业标准以及州、联邦、当地的法律或者管理机构之下提出的心理学家的伦理和法律义务。

9. 有些法庭规则允许收到传票的一方基于传票要求对接受者强加了不合理的负担而反对传票的要求,或者请求限制要求(见 Federal Rule of Civil Procedure 45 [c][1-3])。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Definitions, 45 C. F. R. § 164. 501(2005).

Fed. R. Civ. P. 45(c).

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Pub. L. No. 104-191, 110 Stat. 1936.

Standards for educational and psychological testing. (1999). Washington, DC: American Psychological Association.

评论:

也见 APA. (1999). Test security: Protecting the integrity of tests [Editorial]. *American Psychologist*, 54, 1078; Behnke, S. (2006, November). Release of test data and the new ethics code. *APA Monitor*, 35, 90-91; Michaels, M. H. (2006). Ethical considerations in writing psychological assessment reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 47-58(esp. pp. 51-53).

自从贝尔德特(Berndt, 1983)调查了擅长评估的心理学家关于他们的告知同意实践之后,已经发生了许多伦理和法律的变化。在那时,几乎 20% 的反应者表明他们没有在测试之前获得同意。至于分享结果,心理学家很少可能告诉当事人他们在被称为罗夏克测验、主题统觉测验和画图测验之类的投射测验上是怎么做的,而是更有可能在智力测验和明尼苏达多项人格问卷上这么做。然而,正如作者所说,"用户至上主义情绪还在呈现上升趋势"(p. 585)。见 Berndt, D. J. (1983). Ethical and professional considerations in psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 580-587。2002 版的伦理准则现在已经通过以规章形式要求测试的告知同意(标准 9.03)以及评估结果的共享(标准 9.10),将这种上升的用户至上主义考虑其中。

超越保护测验材料问题的一个更大的问题是:心理学家应该在何种程度上与他们评估的那些人分享测验结果和解释?下面的内容将对这个有争议的话题提供描述和说明性的讨论。

学校心理学的伦理实践：反驳和建议模型[1]

8

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donald N. Bersoff)

这个模型并不包括所有的方面，而只是对评估过程中应注意的一些问题进行阐述。它基于以下三个假设：

1. 测验不仅是受测者本身特性的功能反应，也是对测验所呈现的刺激和测验所处的背景与环境(如，指导语，场地、实验者的特征)的反应(Fisk,1967;Hamilton,1970;Murstein,1965;Satter & Theye,1967)。

2. 每一个人对测验情境的感知是不一样的，因此在对测验材料进行反应的时候，每个人都会形成一种特异性的风格和策略。没有认清这些特点，测验解释的效度就会大大减弱(Fulkerson,1965)。

3. 在确定什么是最适合于他们的孩子的时候，家长至少和教师具备同等地位(Golfman,1971)。

接受这些假设，允许心理学家在评估的各个方面都让当事人也参与进来。事实上，如果他想获得不因猜疑、曲解以及阻碍自我暴露而变得模糊的数据，他就必须这么做。因为没有把当事人(孩子和他的家长)吸收到评估事务中来，我们获得的大多数数据和对结果的解释的真实性就是可疑的。正如杰拉德(Jourard,1971)推测的：

> 成千上万的堆放在一些机构中的心理测验结果可能只是由不太令人信任的来访者或病人向同样不值得信任的工作人员报告的谎言。如果心理学家为这些机构的利益服务，在他们的活动中就会有意无意地……，后来病人不相信他们就是很自然的事了，伪装成专家的官员是远不可信任的。(p.2)

如果我们想要获得一种亲密的、道德的、与涉及测验结果相互作用的经验数据协调一致的关系，就有必要把评估过程看成是一个相互表露的过程。在费希尔(Fischer,1970,1971a,1971b,1972a,1972b,1973)的一系列论文中，详细说明了这种测试者和当事人是一个“共同评价者”的关系的理论基础和现实表现(Fischer,1970)。尤其是，以下几方面值得注意：

1. 共同协商。这是知情同意原则的一个延伸。心理学家要告诉孩子和他的家长，心理学家如何行使职责；告知他们转介机构的身份和转介的目的，并详细说明他

[1] From *Professional Psychology*, 4, 305-312. Copyright 1973 by the American Psychological Association.

将要使用的评估工具的性质、优点和局限,在结果报告中会提供哪些信息,最终谁会看到这些信息。然后心理学家还要问孩子自己怎么看待这个测试,对这个测试的结果他会有什么想法。在对评估的目的有了充分的了解和相互披露之后,心理学家才能从孩子和他的父母那里获得进行评估的协议。

2. 分享想法。在实施心理测试后,心理学家、孩子和家长要立即进行一次对话,心理学家对孩子刚才在测试中的行为表现做出解释。通过与孩子的商讨,心理学家试图把孩子的表现从测验情境推断到其他与测验刺激所代表的情境相似的情境。这样的对话给孩子提供了其他人如何感知他的行为的立即反馈,也能使评估者核对测验结果和孩子平时在教室里的行为表现的一致性程度如何,并制定出一些在教学环境中可用的干预策略(见 Fischer,1970,有一个这样互动事例)。同时也给孩子提供了这样的一个机会:如果孩子对心理学家做的解释不赞同的话,他可以说出他对自己行为的看法。心理学家不愿假定测试情境中观察到的行为就一定能推论到所有的其他情境中,更愿意有一个机会发现孩子做出这种行为反应的情境或氛围。这种方法有的称为心理情境评估(Bersoff. 1971a,Bersoff & Grieger,1971)或背景评估(Fischer,in press-a),但是不管称为什么,这种方法能避免给孩子乱贴标签,或避免对孩子的行为作出过于概括化的解释。

3. 对书面评估的审定。这是对共同揭示出来的东西做一个结论。评估完成之后,心理学家准备好他的报告,并给孩子和家长一份书面的评估报告,这可确保报告被记录下来,让关心这个问题的人能详细地理解具体情况。另外,就像费希尔(Fischer,1970)所描述的:

> 这一做法也会产生一个有益的副效应,知道他的当事人将要读这份报告,心理学家将会尽力做到最真实,用最贴切的语言捕捉他的真实世界,避免夸大、无意的暗示和不严密的描述。

然后,孩子和家长还可以就报告上的有些观点进行澄清,加进一些材料,如果和心理学家有不同意见还可以提供不同观点(如果需要保证,可以用书面形式)……

就学校心理学家而言,这样做无疑需要他进行许多的重新思考和行动……不可否认,把这一步完全做到位,存在一定的困难……娄·戈尔曼(Loe Goldman,1971)发表了一篇评论,反对心理保密并就如何减少这种保密提出了一些建议,这可能有助于我们正确看待这个问题:

> 对于喜欢把自己看作是帮助别人,充当了使世界更美好的了不起角色的心理学家来说,这一切听起来不怎么吸引人。不幸的是,当你是一名公立学校的工作人员,而这所公立学校正在为具有不同社会背景、不同种族、不同政治倾向的社区成员服务时,情况就不可能总是如此。而且在一些情况下(比如说公立学校)"当事人"当然不可能是纯粹意义上的当事人,他们大多是被别人逼迫过来的不太情愿的受众。这种情况下,我们应该想办法在每一个学校制定一个计划……以便专业的助人者能更好地开展工作,同时学生和家长也有权决定他是否接受帮助,哪些个人信息可以公开,哪些东西学校可以提供给其他人。尽管这样会把我们的工作方式束缚在一定的范围内,但总体来说能使我们朝着更健康的社会机构发展。(p.11)

这篇文章对于评估的重新设计的启示,将使我们的学校有望成为一个更健康的社会机构,至少我们将能平等地对待孩子和家长,他们有权参与到直接影响他们生活的解释和决定中来。当然,有害的诊断和分类安置要减少,而且那些诊断和分类必须是共同做出的决定,是与之相关的所有人取得的一致意见,以此增加在实行所有人都认为合适的改变时更多合作的可能性。

参考文献

Bersoff, D. N. (1971). "Current functioning" myth: An overlooked fallacy in psychological assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *37*, 391-393.

Bersoff, D. N., & Grieger, R. M. (1971). An interview model for the psychosituational assessment of children's behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, *41*, 483-493.

Fischer, C. T. (1970). The testee as co-evaluator. *Journal of Counseling Psychology*, *17*, 70-76.

Fischer, C. T. (1971a, September). Paradigm changes which allow sharing of "results" with the client. In S. L. Brodsky (Chm.), *Shared results and open files with the client: Professional responsibility or effective involvement.* Symposium presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Fischer, C. T. (1971b). Toward the structure of privacy: Implications for psychological assessment. In A. Giorgi, W. F. Fischer, & R. vonEckartsberg (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology.* Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Fischer, C. T. (1972a). Paradigm changes which allow sharing of results. *Professional Psychology: Research and Practice*, *3*, 364-369.

Fischer, C. T. (1972b). A theme for the child-advocate: Sharable everyday life data of the child-in-the-world. *Journal of Clinical Child Psychology*, *1*, 23-25.

Fischer, C. T. (1973). Contextual approach to assessment. *Journal of Community Mental Health*, *9*, 38-45.

Fiske, D. W. (1967). The subject reacts to tests. *American Psychologist*, *22*, 287-296.

Fulkerson, S. C. (1965). Some implications of the new cognitive theory for projective tests. *Journal of Consulting Psychlogy*, *29*, 191-197.

Goldman, L. (1971, September). Psychological secrecy and openness in the public schools. In S. L. Brodsky (Chm.), *Shared results and open files with the client: Professional responsibility or effective involvement.* Symposium presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Hamilton, J. (1970). Stimulus variables in clinical evaluation. *Professional Psychology: Research and Practice*, *1*, 151-153.

Jourard, S. M. (1971, September). Some reflections on a quiet revolution. In S. L. Brodsky (Chair), *Shared results and open files with the client: Professional responsibility or effective involvement.* Symposium presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Murstein, B. I. (1965). Assumptions, adaptation level, and projective techniques. In B. I. Murstein (Ed.), *Handbook of projective techniques* (pp. 49-68). New York: Basic Books.

Sattler, J. M., & Theye, F. (1967). Procedural, situational, and interpersonal variables in individual interlligence testing. *Psychological Bulletin.* *68*, 347-361.

评论:

对于这篇文章中描述的评估过程,近期有更多的一些解释,见 Fischer, C. T. (1985/1984). Individualizing psychological assessment. Mahway, NJ: Erlbaum; Fischer, C. T. (2000). Individualized, collaborative assessment. *Journal of Personality Assessment*, 74, 2-14; Schleifer, M. R., & McElfresh, P. J. (2005, 5). How can the psychological assessment process promote autonomy? APA ethical principles in action. *The*

Pennsylvania Psychologist Quarterly, 65 (5),11,21。

现在,对于怀疑是或已确认是残疾的儿童,联邦法律的残疾人教育法案已经对他们的父母参与和同意他们的心理教育评估作出了具体规定。法案中的法规,联邦法典条例第34条规定(34 C. F. R. 300. 504-300. 505),如果学校提议或拒绝为特殊教育安置目的而对学生进行评估时,学校要通知他们的家长,给家长机会,征得家长的同意,如果家长拒绝,学校也可以召开一个由公正无私的官员举行的听证会,决定是否可以不采纳家长的拒绝意见,同时向家长描述学校打算要采用的评估程序与测验。尽管这些规定在要求学校吸收家长参加重要决定上是有益的,但是并没有给儿童自己告知同意的权利,就上述的资料看,这是不是对法律赋予父母作为孩子的主要决策者的行动权利这一认识有严重的忽略和将其过于简单化了?

公共法律94-142和它的规定中就父母的知情同意和告知条例进行了更加完整的解释,见Pryzwansky, W. B., & Bersoff, D. N. (1978). Parental consent for psychological evaluations; Legal, ethical, and practical considerations. *Journal of School Psychology*, 16, 274-281.

在关于测验使用者资格特别小组报告的最后一节(见本章摘录),作者注意到了在测验的实施、计分和解释方面计算机的使用以及互联网的应用。接下来的几篇文章就将谈到这些重要的问题。

计算机化心理测试的法律问题[1]



⊙ 唐纳德·N. 博塞夫和保罗·J. 霍夫尔(Donald N. Bersoff and Paul J. Hofer)

……

心理学对计算机化心理测验的反应

……

关于计算机化心理测试(Computerized Psychological Testing,CPT)的伦理准则来自几个方面……1974年的《教育和心理测验标准》(APA,AERA,NCME,1974),1985年它的修订本(APA,1985)[2],1977年的《心理服务提供者的标准》(APA,1977)和它最近的修订本《心理服务提供者的一般指南》(APA,1987),还有1981年的《服务提供专门指导》(APA,1981)。以上这些都包含有一些对计算机化评估的参考意见。可是在这些文件中,有关计算机化测验的许多规定被包含在适用于各种类型的测验或心理实践的总标准中,对它的专门指导并不明确。

……

……美国心理学会理事会于1984年1月要求专业标准委员会和心理测验与评估委员会对CPT(计算机化心理测试)制定一个专门的准则。1986年2月美国心理学会理事会代表采纳了这些准则。重要的是,这个指导只是被看成一个忠告,APA希望在实际生活中应用的时候,能进一步修订使之成为有约束力的标准。目前,这些指导已经非常清晰地说明了一个规范的操作应该如何进行,并且专业人员必须熟悉这些标准。

专业人员的权力和责任

对于以计算机为基础的测试的实施、解释和决定必须要有一个法律约束,不管是测试的服务机构还是测试的使用者都有可能成为被告,最后都负有法律责任。要

[1] From The Computer and Decision-Making Process 225-243. Copyright 1991 by Erlbaum. Published and adapted with permission of the author and publisher.

[2] 主编说明:见 the 1999 revision of the Test Standard referenced earlier。

么作为联合责任人,要么独自对他们自己的疏忽承担相应的法律责任。在这些案例中,临床医师可能辩护说:他不了解解释背后依赖的基础,就接受了解释并传递给客户。但是,这样的辩护就是承认自己违反了APA的道德准则而陷入失职。《心理学家道德准则》原则8(e)(APA,1981,p.637)申明:"提供评分和解释服务的心理学家,对作出解释的程序和过程的有效性,要能够提出合适的证据。"[1]

相反,测验服务机构不能把由于粗心大意的解释而导致有害决定的全部责任都推到使用者身上,依据许多法律条款它们(服务机构)应承担责任。如果把报告的效度的责任完全放到使用者的身上,就会使计算机化测验的有用性大打折扣,因为审核每一个解释说明的妥当性不亚于完全由自己写这份报告,而大多数人用计算机化测验的目的就是为了节省时间和精力……

这些因素提示开发者和使用者之间的劳动和责任分工必须清楚。APA指导手册的梗概是:测验的计算机化版本的效度和信度必须由开发者制订好,但是计算机化测验的解释必须在专业审查的协助下才能做出。这个相当概括的原则可以具体化为许多具体的责任分工。开发者的身份最适合使报告所依据的量表和研究保持前卫或充分。实际上,基本的解释就应该运用最好的研究成果和统计等式。开发者必须及时了解相关研究,把新的研究成果融入系统中,并且对使用者给予指导,以帮助他们恰当地使用报告。这样,使用者就能一心专注于监视测验的背景,评估用于特殊来访者分数解释系统的常模和效度研究的适当性。他们还可以集中收集一些计算机测验系统没有利用、但是与临床诊断有关系的信息。通过专攻和合作,开发者和使用者才能使计算机化测验的优势得以实现。

……计算机化测验的一个主要的潜在矛盾是,使用者在审查报告时需要大量的信息,而开发者在算法、软件和其他商业资产方面具有独占的权益。

……

(编者说明:关于知识产权问题我已经省略了一大节,例如著作权、专利和商业秘密。这些尽管超出了本文的范围,但是是非常重要的,读者可以参考全文对这个问题的讨论。)

受测者的权利

……

计算机产生的报告的一个最大问题是,它不能像传统测验那样给出个性化的解释。一些信息,比如受测者的人口学特征,如果计算机系统在进行解释的时候能够把受测者的个人特点也包括进去,系统在作出解释的时候可以考虑特定受测者的特点,选用更加合适的标准或参照基础予以解释将会更好。但是没有程序能考虑每一人的独特特性,在大多测验中都是同一程序的判定规则被运用于所有测验分数。

"教育与心理测验标准"修订版(APA,1985)清楚地指出,测验的使用者最后要对他们的解释负责,不管数据是来自什么形式。评估测验解释的效度,需要人观察测验的情境和决定测验的条件是否会使测验的结果失效。最后的决定必须是由一位有资格的从业者做出的,而且不能违背国家法律、伦理准则和职业操守,这位操作

---

[1] 主编说明:参见当前(2002)APA伦理准则中9.09。

者也必须负责监控测验过程，并对每一位受测者的测验结果解释报告的适用范围做出判断。

为了使做出的决定充分考虑了测验的实施和解释过程中的细微差异，以及每一个人的独特性也被考虑进去，计算机报告和最终做出的决定之间要有人类判断进行调和。仅仅依靠测验程序开发者对受测者的行为做出的计算机化的概念（程式性）反应，而不参照训练有素的临床医生对受测者在测验过程的观察，将会产生出乏味的；不具个人特征的，没有抓住受测者在不同情境下的认知、情感和行为功能特点的非特异性评估……

参考文献

American Psychological Association. (1977). *Standards for providers of psychological services*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1981). Specialty guidelines for the delivery of services. *American Psychologist*, *36*, 640-681.

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychological tests*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1986). *Guidelines for computerized-based tests and interpretations*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1987). *General guidelines for providers of psychological services*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association, American Educational Research Association, & National Council of Measurement in Education. (1974). *Standards for educational and psychological tests*. Washington, DC: Author.

评论：

玛塔拉佐（Matarazzo, 1986）也作了类似的评论：

> 计算机很少能够给出多个不同但是看起来都比较合理的临床解释，几乎没有例外，目前的软件都是只给出一个单一的、但很冗长的临床描述。另外一个风险是，由于计算机化测验以很客观的方式呈现，整齐打印的一页接一页的各种关于临床说明和解释的叙述，给人一种似乎效度很高的感觉。（p. 20）

Matarazzo, J. D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvalidated plus all mean and no sigma. *American Psychologist*, 41, 14-24.

许多心理学家担心有人会把计算机测验、计分方法和解释服务等向没有资格或没有受过训练的其他专业的人出售或者他们也能得到这些东西，这到底是一个值得担忧的问题还是仅仅为了削弱竞争而故意夸大呢？对于这个问题和其他的法律道德问题可以进一步阅读下面这些出版物：

Eyde, L. D., & Kowal, D. M. (1987). Computerised test interpretation services: Ethical and professional concerns regarding U. S. producers and users. *Applied Psychology: An International Review*, 36, 401-417.

Hartman, D. E. (1986). On the use of clinical psychology software: Practical, legal, and ethical concerns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 462-465.

Zachary, R., & Pope, K, (1984). *Legal and ethical issues in the clinical use of computerized testing*. In M. D. Schwartz (Ed.), Using computers in clinical practice (pp. 151-164). New York: Haworth Press.

计算机化测试通常在临床医生办公室里进行,在线或电子评估通常描述一个通过 e-mail 或网络而远程实现的过程。由于技术进步而实现的远程评估,如同过去的计算机化测验一样,正变得日趋流行。最近的一项调查显示,15.1% 的受访者通过一些电子的形式提供"心理和神经心理评估"(BandenBos & William,2000,Table 1,p. 491)。见 VandenBos, G., & Williams, S. (2000). The Internet versus the telephone: What is telehealth anyway? *Professional Psychology: Research and Practice*,31,490-492。

接下来是由网络心理测验特别小组撰写的一篇文章(由 APA 科学事务委员会共同发起),描述了在线测验的许多形式,列举了它们的各种用途,指出了这些工具的优点。这里重印的这部分集中于讨论它的潜在的伦理方面的问题。

在线心理测验：新困惑，老问题[1] 10

⊙ 杰克·A. 那格里尔，弗里兹·德拉斯格，马克·斯克来特，伦·韩德勒，
奥瑞里奥，普瑞菲特拉，艾米·玛格里斯和罗伯托·维拉斯特兹
（Jack A. Naglieri, Fritz Drasgow, Mark Schmit, Len Handler,
Aurelio Prifitera, Amy Margolis, and Roberto Velasquez）

……

伦理与专业问题

在工作中应用互联网的心理学家经常会遇到很多伦理问题，这里的许多问题正在由专门的 APA 委员进行处理（美国心理学会，1997）。尽管工作过程中，心理学家应用互联网遇到的伦理问题都是非常重要的，我们还是把我们的讨论集中于利用互联网进行心理测验这一方面。我们的讨论是以目前 APA 发表的"心理学家的伦理准则和行为规范"（APA，2002），尤其是第九节"评估"为框架，"评估"涵盖了互联网测验所遇到的大多数问题。

第一个要考虑的伦理问题是，进行互联网测量时的专业背景问题，相关的伦理规范见……9.01"测量的基础"（本书的第一单元）……

由互联网测试而引发的问题是，互联网测验时如何把测验放在一个专业的背景中。大多数网络测验，除了介绍一下测验如何实施外，其他东西介绍得很少，而且，与面对面的施测比较，受测者更有可能不阅读指导语或忽略了免责声明（Barak & English，2002）。按照这些原则，粘贴在网上的，用于自我施测的测验材料和解释必须加以声明，向受测者清晰地说明通过媒介的方式所形成的专业关系的边界和限制。考虑到互联网沟通的非个人的性质，这似乎有点违反直觉（counterintuitive）。可是，想通过浏览网页获得专业忠告的潜在来访者，是在寻找一种信任关系。为了诊断或评估的目的提供一个初始的测验材料，也就暗含着一种提议，要形成信任关系。这样，通过非个人化的媒介（比如互联网）形成的关系的局限性必须公开地向受测者声明清楚。另外，测验提供者也要给出有效的联系信息（比如，e-mail 地址，电话号码），以使那些没有完全理解测验指导和测验用途的人便于联系。最后，对于测验做完后给受测者的反馈的局限性，也要在测验之前和给出反馈之前加以说明。这个说明必须清楚地描述由于互联网测验中人与人不能面对面互动，所得到的结论和建议有很多潜在的局限性。

---

[1] From *American Psychologist*, *59*, 150-162. Copyright 2004 by the American Psychological Association.

伦理思考的另一个领域是互联网测验和评估的恰当使用问题。有关这个问题的规定在 9.02“评估的使用”(见本书第一单元)……

互联网测验在很多时候都被简单地认为是将纸笔测试和计算机化测验放到一种新的媒介上去的过程。可是,尽管一些研究证明了一些形式的纸笔测验和计算机化测验具有等值性(如,Mead & Drasgow,1993),但对互联网测验和其他形式的测验的等值性的研究却很少。这就需要我们考虑证明这些工具有用性的证据。而且,在进行测验软件开发和测验研究的时候,通常是在有人监督的情境下进行,但是由于互联网的方便快捷和到处都可以上网,使得互联网测验通常是在没有人监督的情境下使用。这就需要我们考虑技术的正确应用问题。为了保证互联网测验和评估的恰当应用,测验媒介和测验背景的效应需要进一步的研究。

正如前面提到的,通过互联网提供测验的优点是施测非常方便,不需要某人在特定的时间到特定的地点才能测试。这个优点也带来了一个挑战,测验开发时所针对的对象有可能与后来真正做测验的对象之间不完全一致。例如,一个录用前的测验,可能在开发和研究时考虑的对象是管理人群。在传统条件下,申请管理职位的人可能要在一个特殊的职位上体现出他的努力和奉献,通过这种方式来考核这个申请者。但是互联网可以为不够资格的候选人提供方便,在互联网上,一个不合格的候选者可能抱着碰碰运气的态度来考试,结果他通过了测试,获得了其他途径不可能获得的职位。

对于通过互联网实施测验来说,规范性问题也是一个需要考虑的问题。一位美国的心理学家怀着美好的意图把一个测验放在某个网站上,但是也许一个中国人获得了该测验并做了测试,信息的反馈可能仅仅是基于美国人的常模。导致了无意的但不恰当的常模使用。这明显地是对测验和相关联的常模不恰当应用的一个很大的潜在领域。心理学家在测验之前需要下很大的功夫收集受测者的人口学信息,并仅仅对获得规范数据的对象给予反馈。

伦理问题的另一个涉及的领域是知情同意。有关这个问题的规定在 9.03“评估的知情同意”(见本书第一单元)……

通过电子的方式获得真正的知情同意对心理学家来说可能是非常大的挑战。像前面提到的,由于互联网测验程序的非个人性以及标准化性质,它不可能同等地适用于所有人。换句话说,对所有通过互联网做测验的人都提供真正的知情同意是很困难的。在许多案例中,并不知道做测验的人是否有能力答复知情同意,或是否是法律授权许可的人。例如,一个青春期以前的孩子冒充为 18 岁以上的成年人;或者在别人法律监护下的病人答复知情同意以获得测试机会。希望利用网络进行测验的心理学家,除了应对可接受的网络行为之外,还需要找到方法解决这个棘手的问题——如何鉴别通过网络履行的知情同意是真实有效的。

涉及伦理问题的下一个领域是测验数据的发布问题。有关这个问题的规定在 9.04“测验数据的发布”(见本书第一单元)。

心理测验的数据揭示了一些非常个人的信息,如个人特点、行为、爱好和能力等方面的一些详细情况,这些数据不仅仅对心理学家是有用的,对销售部门、市场、政治团体和其他团体也是有价值的,他们在决定怎样用这些数据的时候可能会也可能不会把当事人的最大利益铭记在心。

因此,采取措施为互联网心理测验收集的数据提供安全的网站非常必要。没有安全的网站,测验的数据可能被拦截、被错误转述或被肆无忌惮的数据偷盗者或黑客更改。互联网安全有三个原则,实施在线测验的心理学家必须在这些领域的每一方面都事先采取积极措施保护受测者(Howard, Paridaens, & Gramm, 2001)。第一个原则是保密原则,保证数据不被非预设中的读者浏览。加密技术的设计旨在打乱数据,使数据只能被合适的发送者和接收者看到。第二个原则是完整性,这个涉及保证信息不被改动。信息摘要是不允许数据被更改或至少能探测出信息是否被更改的"指纹"。最后一个原则是确认,这一条涉及辨别数据的来源。数字签名能提供这种证明,通过数据发送方和接受方的一系列的密码可以确定发送方是合法的。考虑到心理测验数据的价值和高度敏感性,心理学家必须在这些方面的每一步都应用这些策略来保证数据的安全。

分享互联网测验获得的数据和报告,是非常容易的……这种便利也有意无意地为不符合资格的人获得数据提供了比过去更多的机会。所以安全保护必须提上议事日程,并与信息技术专家联合起来避免数据被不符合资格的人所盗用。

在线测验的另一个要注意的伦理问题与测验开发的努力有关,有关这个问题的规定在9.05"测验建设"(见本书第一单元)。

传统的测验编制技术,对于通过网络实施的在监控的情境下做测验是合适的。但是,正如前面提到的,用纸笔形式开发并在有监控的情境中予以研究的测验,可能与通过互联网进行的无人监控的情境下进行的测验,并不能等值。因此,应该通过让被试在代表目标群体将要经历的情境下完成测验来对网络测验的等值性和标准化进行补充研究(Epstein, Klinkenber, Wiley & McKinley, 2001)。

……作为心理学家,明白当前心理测量方法的边界(局限、范围),并制定、研究和报告适应现代技术进步的新的测量方法,是他们义不容辞的责任。开发出的新的测量工具,如果对新的或修订的标准没有提供证据或论点,是不符合现存的心理测量学标准的,也是不道德的(美国教育研究会、美国心理学会和国家教育测量委员会,1999)。由互联网而促进的测验方面的进步是要鼓励的,但是伴随的心理测量理论方面的进步也是必不可少的(如,在一些例子中它们现存的模型已经不适合)。

对互联网测验结果的解释提出了一个独特的伦理问题。相关的伦理准则在9.06"评估结果的解释"(见本书第一单元)。……互联网心理测验通常是在无人监控的、各种不同的环境下进行的,受测者很可能在非标准化的场地(如,家里、图书馆、学校)做测验,心理学家几乎对影响和限制结果解释的测验条件一无所知。这个问题,通过对受测者提供一些指导,可以在一定程度上得到缓解,但是这很有可能只是减少了测验分数中少部分的无关变异。而且,当测验在无人监控的情况下完成时,目前还没有办法保证做测验的人的真实身份(Schmit, 2001),这样,心理学家就必须仔细权衡进行网络测验管理的重要性。除了初步评估、诊断和预测判断之外,在做任何事情之前,验证、等值形式的执行、多种方法收集数据,这些几乎都是必不可少的。

由于基于互联网的测验和评估的非个人性,理解测试技巧和受测者个人特征是一个更大的挑战。例如,在进行录用前的测验时,实施测验的人没有办法知道一位测验候选人有无什么缺陷会影响测验结果和使测验结果的解释无效。还有比如一个用

英文表述的供咨询用的测验,但是受测者的英语是第二语言。除非询问了受测者这些情况,否则结果的解释将会有误。这就是说,使用互联网进行测验和评估的心理学家必须事先采取措施,弄清楚受测者是否具有可能影响测验结果解释的独特需要。

另外,测验也要给出一些有关测验目的的清晰明确的信息,以便受测者判断这个测验是否适合他的情况。可是,这个并不是仅仅提供一个测验目的的申明就够了,而是需要帮助受测者理解这个测验是否适合他,可能还需要对测验参加者进行预先筛选,以帮助不同的受测者区分这个测验和评估就他的情况来说是否是最合适的。

下一个要考虑的与在线测验有关的伦理问题涉及缺乏资格的人使用互联网测验。有关这个问题的伦理准则在9.07"被无资格的人评估"(见本书第一单元)。

互联网使任何人想要在公共场合发表各种材料都很容易。这种自由使互联网上刊载的大量东西都呈现出这样的特点,任何东西只要在互联网上发表了,就是公开的,可以复制的,任何人只要愿意都可以使用的……粘贴在网上的整个测验、量表和测验项目可能被不符合条件的人复制和使用。心理测验发行者和作者有责任保证自己的成果在严密的控制之下,对于侵犯版权要予以报告。这样做最符合通过正当渠道获得测验材料的客户的利益。可是,对于提供的测验(包括完整的测验或测验的一部分)的施测和解释需要专业训练的网站,作者和发行者必须严密监视。测验的一部分是最难确定的,然而也可能是危害最大的,因为原版心理测量的一些特性很可能丧失了。和原则9.11相一致,发行者也要保护他们测验材料的版权。有些小商贩利用网络收集别人的测验,或更恶劣的是对原版测验进行一些蹩脚的翻版。保护公众免受这些肆无忌惮的小商贩的侵扰,是心理学专业的职责。

……

下一个要考虑的伦理问题是9.08"陈旧的测验和过期的测验结果"(见本书第一单元)……互联网充满了许多陈旧的和过期的信息。让消费者在充斥着大量过期网页的互联网中辨别出新近信息有一定的难度。和前面原则的讨论相一致,当测验材料整个或部分被私下或不正当地复制时,这些测验材料很有可能就变成陈旧的和过期的了,因为原版的测验发行者会对测验进行及时的更新。而且,如果发行者忘记了当时发布测验的网页,他也可以在其他地方进行更新,这对于网络来说,是很容易实现的,但是公众仍然可以在网络上获得旧的材料。最后,有些心理学家如果没有及时关注测验发行者发布的资料或其他材料,也有可能无意中使用了过期的测验材料。还可能存在一些其他的情况,如抵制改变而故意用过期的材料……

销售网络测验和提供相关服务的第三方供应商也有一些伦理问题需要考虑。相关的伦理准则在9.09"测验计分和解释服务"(见本书第一单元)……

正如在前面讲到的,网络上到处充斥着有关心理、心灵以及通俗心理等方面的测验,心理学家必须想办法把专业的测验和大量的不符合专业标准的替代测验区分开(心理教育研究学会等,1999)。提供有关这方面的伦理准则的一些信息是克服这种混乱局面的第一步。向其他受过训练的专业人员提供工具的心理学家,除了提供一些基本的心理测量方面的信息给用户外,最好还提供一些更详细的信息。为了使网络测验与传统测量形式等值,可以采取的一些措施(Epstein et al.,2001);也应该努力为用户提供一些有关在线测验方面的培训和咨询(Barak & English,2002),

培训必须是针对将要做的测验和将要参加这个测验的特定人群。成群结队的网络测验的供应商可以通过成为专业的网络测验顾问而在网络市场竞争中取胜。通俗心理测验的制订者要提供更多的详细的免责声明或警告,言明他们的测验只是供娱乐,不同于真正的测验,就像香烟生产者要在包装上提供警示是一样的。

由进步而带来的技术上的突破和专业操作上的便利,往往使修订者忽略了作为一个优质的工具所要具备的基本的质量标准。面对测验工具传递的高效、美观的格式、看起来可靠的内容以及心理测量学方面的特性,心理学家要学会对它们加以辨别。所有这些方面的特性对心理学家选择供应商都是很重要的,但是心理测量学的基础特性仍然是诸多需要克服的困难当中,首先要克服的困难。当然,选择在线测验的时候先进的技术也不应该被视为真空。

也许最大的挑战之一是向受测者解释他的测验结果,有关这个问题的伦理准则在9.10“解释评估结果”(见本书第一单元)……通过网络向受测者给予反馈是许多心理学家要考虑的一个重要主题。这至少涉及三方面的伦理问题。第一,对于受测者完成测验时的环境条件很难了解:他个人完成了测验,抑或有其他人帮他完成?这个测验是在什么样的环境条件下做的呢?为了提供准确反馈,这些问题以及其他许多问题都是应该弄明白的。第二,不知道受测者的情绪和心理状况,给他提供反馈尤其是负性的反馈是比较困难的。给予错误类型的反馈信息可能会使受测者的情况进一步恶化。第三,有时候如果给予的反馈对受测者造成比较大的创伤,给予及时情感支持比较难,第一时间知道这些影响的程度(范围)也比较困难。考虑到这些局限和许多其他的可能性,心理学家要尽量少通过网络给予反馈。当确实要提供反馈时,解决这些伦理问题的措施是:要么在当时,要么约定一个合理的时间。总而言之,反馈一般应该受到限制,而且应该包括通过其他途径寻求额外信息和帮助的指导。最后,给出的反馈要建立在多种评估方法基础上,并且提供与专业的最好的评估一致的评估结果。

另外一个比较重要的伦理领域是当测验通过网络发表的时候测验安全的维护问题,涉及这个问题的伦理规范在9.11“保证测验安全”(见本书第一单元)……

……由于开发一个测验的时候需要付出很多努力,因此许多心理测验和评估都是有版权的。这些工具都是测验开发者的智力资本,应该受到保护。没有被授权的组织如果散布或使用这些有版权的材料是不道德和不合法的。事实上,每天只要在www.ebay.com上搜索一下,就能获得许多有版权的敏感的测验材料。例如,在2003年6月18日这一天,你快速搜索一下,只要付钱,你就能购买《MMPI的使用手册和计分方法》和未被使用的测验材料,并有机会购买“罗夏克心理诊断版”。

……

对未来的建议

通过对网络测验进行的审视可以得出几个结论。第一,也许是最重要的,即使测验开发和发表的方式很不相同,但现代的心理测验标准包括信度、效度都是适用的。不幸的是,现在可以在网络上获得无数的测验,而这些测验的质量参差不齐。就是那些对信度和效度提供了数据证明的测验也有很大不同,因为许多网络测验看

起来都不符合专业标准。这就使消费者处于不幸的境地,他们还要负起对他们接收的信息的质量进行评估的责任,而往往他们这方面的知识和能力是有限的。显而易见的一个结论是,当测验的结果用于做出重要决定时,网络测验必须具有作为评估工具的应有的、和纸笔测验同样的标准(美国教育研究会等,1999)。然而,新技术的出现催生了许多新方法和方法的综合,拓展了现存的心理测量理论,该是心理学家检验和打破心理测量学的局限,以跟上发展变化的步伐的时候啦!

互联网给测验提供了大量的机会,同时这个机会也带来了相应的一些问题:伦理需要,测验的专业应用,拓展我们的科学来检验这些干预的有用性。尽管网络测验红红火火,由测验结果做出的推论的效度问题还是必须证明。这是一个与容易获得、成本低、方便相比必须慎重考虑的有关测验是否有效的基础性问题。如果分数是以一种未得到效度证据支持的方式使用,那么所有这些优点都没有意义。教育和心理测验标准(美国教育研究会等,1999)提供了大量证明测验特定用途所需要的信息。网络测验的开发者和使用者必须仔细阅读这些标准,确保他们以正确的方式使用测验。

尽管网络作为一种测验手段具有巨大的潜力,但是真正评估的做出必须是建立在网络获得的信息和其他相关信息整合的基础上。出于这个原因,互联网上获得的是测试结果而不是真正意义上的心理评估。由于各种原因,互联网上获得的信息可能是不精确的,因此要有一种专业帮助,来鉴别信息的有效性和帮助解释。尽管可以想象在将来可以做到网络测验接近心理评估,但是对合适的心理评估的要求超越了现有的网络测验的能力。实践者必须明白它们之间的不同,同时利用网络的优势和自己的评估技能来扩大网络测验的用途。

一旦测验被挂在网上,在某种意义上就暗示了他的权威性,传达了信任,尽管许多测验很少或几乎没有信度和效度的数据报告,但受测者经常忽略可能出现的这种遗漏,而且许多自己完成的测验还可能导致不精确的解释。重要的是网页作者要有高度的责任感,让用户也能获得和传统评估方法一样的保护。同样地,网络测验的开发者和出版公司也要保证网络测验的测量标准和传统测验的测量学标准一样。这就包括,如给出的资料是来自于标准化样组、测验的信度和效度。还有一些其他证据,如通过网络测验和纸笔测验的等值性、不同方式呈现的刺激性质的一致等,从而保证网络测验的高质量。

网络测验提供了大量的机会。这篇文章谈到了一些,还有其他的许多创新有待进一步挖掘。这种新的测验和评估方法的重要性是很明显的,同时给网络测验提供正规的指导也是必须的,心理学家还可以通过各种途径,利用网络环境进行各种应用。我们鼓励心理学家创造性地思考他们的研究和实践如何通过网络测验得到进一步提高。时代已经变了,互联网已经把测验带出了由注册的专业心理学家或心理测量专家控制的安全环境。当测验变得非常便捷的时候,非常重要的一点是要认识到好的测验所应具备的原则条件仍然是适用的,伦理标准仍然是心理学家的基础。在新千年来临之际,如何在数量众多又方便获取的测验与保证测验的高质量之间寻找平衡,对心理学家来说是一个很大的挑战。有许多问题需要解决。在未来的数年,需要进行许多研究和批判性思考来解决这个问题,我们相信心理学家将激动而又热情地期待这项工作。

参考文献

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1997). *Services by telephone, teleconferencing, and Internet: A statement by the Ethics Committee of the American Psychological Association.* Retrieved from http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611. Available from the APA Web site: http://www.apa.org/ethics/code1992.html

Barak, A., & English, N. (2002). Prospects and limitations of psychological testing on the Internet. *Journal of Technology in Human Services*, *19*, 65-89.

Epstein, J., Klinkenberg, W. D., Wiley, D., & McKinley, L. (2001). Insuring sample equivalence across Internet and paper-and-pencil assessments. *Computers in Human Behavior*, *17*, 339-346.

Howard, B., Paridaens, O., & Gramm, B. (2001, 2nd Quarter). Information security: Threats and protection mechanism. *Alcatel Telecommunications Review*, 117-121.

Mead, A. D., & Drasgow, F. (1993). Equivalence of computerized and paper-and-pencil cognitive ability tests: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *114*, 449-458.

Schmit, M. J. (2001, September). Use of psychological measures for online recruitment and pre-employment selection. In L. Frumkin (Chair), *Internet-based assessment: State of the art in testing.* Symposium conducted at the 109th Annual Conference of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

评论:

对于其他的相关的道德规范可以参看2002年伦理准则的标准4.02c和守则6.02a。

另一个近期出现的有趣的领域是,出于人员选拔的意图,而使用预测欺骗的测验,这种使用是有争议的。也许关于这个主题的道德方面的问题最好的文章是Camara, W., & Schneider, D. (1994). Integrity tests: Facts and unresolved issues. *American Psychologist*, 49, 112-119.

在这一章中很少提及的倒数第二个主题——给研究生上智力和人格测验课程时牵涉到的伦理问题。正如读者将看到的,它是一个值得探讨的领域。这篇摘录的作者给APA认可的学校博士班课程的指导者、咨询和临床心理学的训练指导者发放了550份调查问卷,收回138份有效问卷,这个调查问了涉及5个方面主题的问题。接下来的这篇摘录主要集中于其中的4个主题:寻找练习被试、反馈问题、保密和知情同意。问卷还询问了一个开放性问题,是在教授测验课程时指导者遇到的一个道德两难问题。

心理测验课的实际操作及其伦理问题[1]　11

⊙ 派翠西娅·A.鲁普尔特,尼尔·F.科兹罗斯基,
劳拉·A.霍夫曼,丹尼斯·D.丹尼尔和珍妮·M.皮特
(Patricia A. Rupert, Neal F. Kozlowski,
Laura A. Hoffman, Denise D. Daniels, and Jeanne M. Piette)

……

寻找练习被试

不管是成人还是儿童测验课程的教师都要通过各种渠道寻找合适的练习被试。在调查对象中,有64位成人心理测验的老师提供了如何寻找非临床自愿者被试的信息:大多数报告说主要依靠大学这条渠道联系被试,如院系被试库(多于50%)、大学课堂(约42%)或者教职员工和学生的朋友(多于50%),报告称大型社区(约31%)和社区组织(约13%)也是自愿者被试的主要来源;有59位儿童测验老师提供了非临床儿童自愿者被试的信息,许多报告说被试的来源主要是社区,包括大型社区(约42%)、学校(约36%)、日间看护中心(约22%)。但是,截至目前为止,最经常用到的儿童被试来源是朋友(超过80%)。

真正的临床病人作为测验被试是非常少的,也许是服务和训练之间的潜在矛盾,再加上寻找到适合初练学生的病人也比较困难的原因。有趣的是,不管是成人心理测验课程(24个老师报告)还是儿童心理测验课程(21个老师报告),大学内部训练诊所是最经常提到的临床被试的来源(约63%的成人测验课老师和约57%的儿童测验课老师报告如此)。另外,医院病房(大约42%)、门诊(约29%)和住院中心(约17%)也是成人临床被试的来源。儿童临床被试主要来源于学校系统的转诊病人(约48%)、门诊治疗中心(约29%)、住院中心(约29%)和住院病人中心(约24%)。

这个领域存在的问题被报告的次数比较多,成人测验的老师报告了19个问题,儿童测验老师报告了15个问题,这些问题似乎主要与寻找合适的非临床自愿者被试有关。成人和儿童都有,许多问题都涉及多重关系(如,朋友、亲戚或其他人的孩子做被试,学生已经通过其他个人接触或工作关系对他们有所了解),或者是寻找到的被试没有严重问题、不在治疗或在以后的一段时间不需要测验(尤其是儿童)。

---

[1] From *professional Psychology: Research Practice*, *30*, 209-214. Copyright 1999 by the American Psychological Association.

这些资料提示我们比较突出的问题是，在寻找练习被试的时候，我们必须考虑到大量的伦理问题。第一，要关注多重关系问题，尤其是在极其依靠朋友或大学资源寻找被试的时候。在这方面，让学生通过个人关系招募自愿者被试的方法似乎问题尤为严重。学生要充当多种角色，这个时候泄密的潜在可能性很大，而且多重职责之间也可能出现冲突。为了避免这些问题，制定一个制度，保障志愿者被试的获得，而不让学生自己寻找被试是非常重要的。

为了获得练习被试，指导者或工作小组需要与外界建立必要的联系来获得恰当的测验被试。我们的调查资料建议，成年自愿者被试通过与院系被试库或大学课堂建立联系是可以取得的。儿童自愿者被试通过和日托中心、学校和社区组织建立联系是可行的。为保险起见，对研究生进行伦理教育和双重关系的潜在危险的教育是有必要的。从这点来说，一个初级水平的测验课程为学生提供了一个极好的学会建立和保持合适的职业边界的机会。

第二个伦理问题与自愿者在实际上选择自己充当练习测验的被试时的选择自由有关。尤其是利用朋友、私人或职业关系获得的自愿者，他们可能存在一些压力，觉得要帮助同事或朋友而答应来做被试。如果父母感觉到这样的压力，儿童尤其敏感。寻找被试时尽量避免运用个人关系能大大减少这个问题的发生。

第三个伦理问题来自训练情境和自愿者需要之间的矛盾。自身也很苦恼或遭遇一些困难的自愿者被试，他将来也可能需要评估或帮助，但是这个练习可能对他将来寻求帮助产生影响。考虑到学生的能力和对自愿者的潜在威胁，招募过程中想办法降低招募需要帮助的自愿者的可能性，是很重要的。这样，在作为自愿者来源的非门诊部门（如教室、学校、为正常范围内的个人提供服务的机构），进行仔细挑选是重要的第一步。除此之外，还可以通过电话访谈或问卷测试，进行一个简短的甄别，确定该人是不是一个不合适的练习被试，如果是需要帮助的，还可以指导他们获得合适的服务……

反　馈

反馈的制度和程序依据测验对象是临床自愿者还是非临床自愿者而不同。对于非临床自愿者，只有少部分调查对象报告说他们给自愿者提供了反馈，大约26%的成年测验指导者和30%的儿童测验指导者报告说给予一些常规的反馈，一般都是口头给予的。

对于临床志愿者，给予常规反馈的比例就高很多。70%的成年测验指导者（$n=24$）和100%的儿童测验指导者（$n=20$）给当事人或他们的父母提供了反馈。对于成年人，反馈通常是口头给予的（67%），而对于儿童，反馈经常是既有口头又有书面的（59%）。而且50%的调查对象报告说既给儿童反馈又给他们的父母反馈。

这个领域所遇到的问题的数量和类型是很明显的。与反馈有关的问题不管是成人测验指导者（报告了34个问题）还是儿童测验指导者（报告了29个问题）都是报告得最多的。几乎所有报告的问题都涉及非临床自愿者被试，并且大多数问题集中在没有信息反馈原则上。从数据可以看出，大多指导者都采取不给予自愿者被试反馈的办法。也就是说，这些自愿者真正被视为练习的被试，考虑到测验的效度和

希望较少地影响自愿者,测验的结果是不与受测者、他们的父母或任何外面的机构共享的。可是,有两类问题,成人测验老师和儿童测验老师都报告得比较多:a. 自愿者或他们的家长要求反馈;b. 测验发现被试存在一些需要给予干预的问题。对于成年被试,这些问题主要表现为极度苦恼或心理变态或有自杀危险。对于儿童被试,主要表现为有被虐待的迹象或学习问题……

这些资料还反映了与测验课程中练习被试的权利和幸福有关的两个突出的伦理问题。第一,根据被试的权利,反馈问题要仔细斟酌,必须制定明确的制度,并且与学生和测验的被试都要进行沟通,让他们明白这些制度。APA 伦理准则(标准 2.09;APA,1992)规定:必须给评估的结果提供解释,除非测验的性质排除这样的解释,而且这一点事先要做清楚的说明。当初级水平的学生对非临床自愿者进行测试时,测验情境的两个方面似乎可以证明不给予信息反馈的制度是合理的:a."被试"并不是在寻求临床服务,也但愿不需要临床服务;b. 测验结果的效度不可靠。如果在测验之前用书面形式和自愿者被试商定不给予反馈,那么这种不给予反馈的制度似乎既有责任感又有道德感。但是如果当事人做了测验,他需要帮助,同时也期望获得帮助,那么就必须给予反馈。从这些事例可以看出,为了保证测验的结果有效,给予的反馈灵敏、有帮助,做好充分的准备并对学生进行督导是至关重要的。

第二,即使非临床自愿者他们自己不要求反馈,调查资料显示我们也不能忽视练习被试的利益。我们的调查对象在描述这个问题的时候指出:即使是非临床自愿者被试,如果在测验过程中发现了一些意外情况,也都需要做出相应的反应(如,一位被试表达了自杀的想法或一位小孩提供了被虐待的证据)。这样,反馈制度必须建立一个识别标准和处理紧急情况的方法步骤。这些也必须向学生和测验被试阐述清楚。

保密和数据处理

不管是成人测验的老师还是儿童测验的老师都报告了,原始数据被许多人反复核查使用。有 64 名成人测验的老师和 58 名儿童测验的老师提供了非临床自愿者的测验数据的相关信息,大多数老师看了测验数据草稿(成人约 90%,儿童约 95%),草稿经常被研究生助理查看(成人约 80%,儿童约 69%),偶尔也会被班上或其他同学查看(成人约 47%,儿童约 22%)。当测试真正的临床病人时也报告了类似的查看情况。

大多数调查对象似乎对保密比较敏感,尤其是非临床自愿者的数据。在提供了非临床自愿者信息的 64 名成人测验指导者和 57 名儿童测验指导者中,超过 80% 的人报告说从原始测验数据和案例介绍上去掉了自愿者的名字,超过 90% 的人报告说从测验报告上去掉了被试的名字。然而对于临床病人被试(25 个成人和 19 个儿童),名字较少从测验数据和测验报告上去掉(约 50% 的成人测验指导者和约 30% 的儿童测验指导者报告去掉了)。在案例介绍时,被试名字更有可能被去掉,尤其是儿童(约 64% 的成人测验指导者和 84% 的儿童测验指导者报告去掉了)。

有 66 名成人测验指导者和 60 名儿童测验指导者,就测验和监控过程完成后,对于原始测验数据如何处理提供了信息……他们提供的信息显示:临床被试的数据

经常放在病历里，而自愿者被试的数据更有可能被学生保存（约50%）或销毁（25%～30%）。仅有很少部分调查对象报告把数据保存起来供研究用（成人和儿童的都不到15%）。15%～18%报告了其他方法（主要包括如，由指导者或现场管理者或系部保存数据）。

……

APA伦理准则（标准5；APA，1992）清楚地说明：保护配合我们工作的人的隐私是我们的"重要义务"。在训练情境中，特别注意保护非临床自愿者的隐私是非常重要的。因为自愿者和他们的家人可能由于个人关系或工作关系而被班级人员认识，隐私的不必要的侵犯或敏感信息的有害泄露的潜在可能性比较大。因此，对测验过程中收集的数据进行保护非常重要，不仅在训练过程中要这样做，而且训练完成以后也应如此。

一旦训练的目的达到之后，对于测验数据和相关信息的处理要给予更多的关注。很显然，如果测验是为了临床的目的而做的，测验数据和报告将归入管理得很好的临床资料中。可是，如果测验数据没有临床目的或临床数据存在副本，那么就必须把这些信息销毁或者建立明确的制度，保证不会由于疏忽大意而导致个人隐私泄露。

调查对象描述的问题还提示我们：除了对测验被试予以保密外，测验指导者还要注意，当学生修测验这门课程的时候，如果以自己测自己或以测同学的方式进行练习时，那么学生毕业了，一定要保护他们的隐私。据报告，这种方法是在学生对非临床自愿者被试进行测验之前，应用很普遍的方法，也是非常方便地给学生介绍测验操作程序的方法。可是，当测验需要学生向他们的指导者或同学暴露一些比较敏感的问题的时候，这就涉及由于双重角色而引起的道德问题……事实上，在报告的道德问题中有两个是涉及在给练习测验做一些说明的时候，暴露了自己和同学的信息。尽管和同学互相练习，为以后做复杂的测验做准备是很重要的，但是指导者要认识到有关的伦理问题，并制订相应的保护措施避免学生陷入需要暴露个人信息的准病人的境地。这些保护措施包括让学生练习测验的一部分或创设一种角色扮演的测验情境，在此情境中，受测者被要求扮演一个特殊的角色而不是暴露他/她自己的信息。

知情同意

对于非临床自愿者和临床病人或他们的父母或监护人，正式的同意程序都是要履行的。有63名指导者提供了关于非临床自愿者的知情同意方面的信息，63%报告说他们使用了书面同意，22%报告说使用了口头同意，6%书面和口头都使用了，3%报告说没有正式的同意程序。59名指导者提供了关于儿童自愿者的知情同意方面的信息，71%有父母或其他监护人的书面同意，19%有口头同意，8%两者都用，仅1名指导者没有履行正式的知情同意程序。对于真正的临床病人尤其是儿童病人，同意程序似乎更正规，所有提供信息的20个指导者都对儿童来访者的父母或其他监护人履行了正式的同意手续；80%用书面形式，20%用书面和口头结合的形式。对于成人临床病人（25名指导者提供了信息），60%用书面形式，20%用书面和口头结合的形式，20%用口头形式。

对于儿童，还涉及另外一个伦理问题，那就是知情同意的时候儿童的参与程度

问题，将儿童自愿者和儿童临床病人包括在内的知情同意过程大多是以口头同意的方式，指导者报告仅对25%自愿者被试和21%的临床病人使用了书面同意的形式。

所谓知情同意指的是个人需要获得必要的信息，并对是否参与测验做出明确的决定。调查对象还被询问，在知情同意过程中，对成人和儿童自愿者以及临床病人，提供一些什么样的信息。在同意过程中给出的最常见的信息（至少80%的调查对象）包括测验程序、保密、数据如何被使用、反馈的制度。有趣的是，除了被试是成人临床病人的时候只有64%外，至少有80%的调查对象称，他们都向被试说明了他们有退出的自由。对儿童来访者和他们的父母，80%的调查对象都报告称，他们向对方说明了测验的利和弊。可是，对于儿童自愿者的父母和成人（包括自愿者和临床病人），只有50%～60%的调查对象回答说提到了该项内容。

……

尽管APA伦理准则（APA，1992）并没有明确说明在测验时要做到知情同意，但是肯特、贝内特、琼斯和纳基（Canter，Bennett，Jones，& Nagy，1994）认为，这个要求似乎在几个准则中都暗含了（如，准则2.01，1.14和4.02）。显然，当面对的是很小的儿童，必须征求他父母或监护人的同意（见准则4.02）。大多数调查对象似乎都对获得同意和履行这样的同意程序的重要性非常敏感，尤其是测验真正的临床病人的时候。但是值得注意的是，大量的指导者都报告称他们通常仅获得了成人临床病人和非临床自愿者或他们的父母的口头同意。出于有利于训练和积累经验的目的，对所有的测验被试履行正规的书面同意程序是比较可取的。事实上，一个书面的同意程序可以很清晰地说明测验的情境，数据被使用的方式，对反馈的相关规定等信息，会有利于减少这些领域出现问题。

对于儿童来说，还涉及另一个伦理问题，就是在履行同意程序过程中儿童的参与程度问题。正如贾斯塔夫逊和麦克拉玛拉（Gustafson & McNamara，1987）讨论的，有相当多的研究证明，儿童至少能参与一些类型的处理决定。其实，APA伦理准则强调了对于在法律上对干预或其他程序没有知情同意能力的人，告知他们并想办法征得他们的同意是很重要的（见标准4.02）……这一点是令人鼓舞的，很高比例的调查对象都报告称，他们对儿童履行了知情同意手续，一般是口头同意。这个知情同意的程序，对于一些没有诊断需要而不必做测验也不需要在测验中获得什么东西的儿童自愿者尤其重要。为了避免在达到我们练习目的的同时给这些儿童带来不利的影响，我们必须付出特别的努力，确保他们的参与是心甘情愿的，并且保护他们在整个测验过程中的利益。

总结和结论

……

总体来说，我们的建议如下：

1. 需要对学生进行与双重关系有关的伦理问题教育，并提醒学生不要找熟人、朋友、亲戚或已经和他们有某种关系的人和其孩子作被试。

2. 建立一个正式的程序，通过与大学、社区、学校、日托机构等联系征集自愿者，避免利用个人关系征集被试带来的许多问题。

3. 不管自愿者的来源，为了使自愿者适合训练的可能性最大化，一个筛查过程（如简短的问卷或电话访谈）是有必要的。

4. 在学生用练习被试做测验之前，用同学做被试练习一些操作技术是很好的一种方法，可是这样做的时候，必须注意不要让学生陷入暴露个人隐私的境地。

5. 在儿童测验课程中，要注意一些研究生们很少有和儿童相处的经验，他们可能需要一些专门的指导，帮助他们在测验实践过程中敏感地感知到年幼儿童的需要。

6. 仅仅为了训练的目的，用非临床人群做被试，不给予反馈的制度似乎是合理的。但是这个制度必须是深思熟虑的，并且考虑到了可能出现的意外和紧急情况如何处理，必须用书面的形式向测验被试或他们的家长阐述清楚。

7. 当测验被试是临床病人，那么给予反馈就是测验课程内容的一部分。

8. 不管是非临床自愿者还是临床病人，一个明确的知情同意程序是必须的，如果测验对象是儿童，在执行同意程序时，儿童本人的口头同意也是非常重要的。

9. 特别要注意的是，对练习被试进行保密。不管什么时候，只要有可能，姓名和身份资料都必须从测验草稿上消除。必须制定相应的制度，一旦训练目的达到后，要么销毁要么确保能安全地保存测验数据。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

Canter, M. B., Bennett, B. E., Jones, S. E., & Naggy, T. F. (1994). *Ethics for psychologists: A commentary on the APA Ethics Code*. Washington, DC: American Psychological Association.

Gustafson, K. E., & McNamara, J. R. (1987). Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *18*, 503-508.

评论：

在若坡特（Rupert, 1999）等的报告之后，雅洛夫和布拉本德（Yalof & Brabender）又做了一个进一步的报告，报告中他们对教授人格量表和投射技术课程做了大量的简介。其中有一个问题若坡特没有谈到，但雅洛夫和布拉本德讨论了，那就是在课堂发言时使用从测验被试那里获得的临床数据方面所涉及的伦理问题。有哪一个伦理准则涉及了这个问题呢？他们用下面的这个建议给其论文做了一个总结：

> 我们建议研究生的人格评估课程给学生提供一个培养良好的伦理判断能力的机会。在课堂上出现伦理困境时，要依据相关的伦理原则进行甄别和讨论。课程老师也应该就如何讨论、如何做出决定进行一个示范，用于引导特殊的活动过程。通过这种方式，学生可以获得一个解决伦理问题的比较规范的办法，这个办法在课堂之外的任何人格评估的发生地都可以操作。（pp. 212-213）

Yalof, J., & Brabender, V. (2001). Ethical dilemmas in personality assessment courses: Using the classroom for in vivo training. *Journal of Personality Assessment*, 77, 203-213.

关于心理学伦理和国家安全的主席特别小组报告[1]

12

⊙ 美国心理学会(APA)

一、报告概览

关于心理学伦理与国家安全的主席特别小组为了答复理事会2005年2月的责问,做了以下工作:

> 检查目前的伦理准则是否充分强调了心理学家参与有关国家安全活动时的道德尺度;检查APA是否对参与这些活动的心理学家提供了充分的道德指导;检查APA是否制定了相应的政策,来规范心理学家的角色以及对心理学家参与国家安全有关的问题的调查时应遵循的规定。

虽然认识到了这个工作的道德复杂性,但因为具体问题都有它独特的发生背景并且环境总是在不断变化,所以特别小组还是制定出了得到大家赞同的、关于心理学家道德责任的12条清晰的声明。

……

二、报告引言

……

特别小组特地提出了这样一个看法:有一种观点认为,当心理学家不是以提供健康服务的传统身份而以其他角色行动的时候(例如作为审讯顾问),他们并不是作为心理学家的专业能力在活动,因此就不受APA的心理学家的伦理准则和行为规范(以下简称伦理准则)[2]的束缚。特别小组拒绝这样的说法。特别小组认为当心理学家利用他们所受的训练、工作经验以及心理学家的专长而服务于某一职业时,APA的伦理准则都是适用的。因此在任何这样的情境下都要遵守APA的伦理准则。

---

〔1〕 Retrieved from http://www.apa.org/releases/PENS Task Force Report Final.pdf. Adapted with permission of the publisher. Issued in June 2005.

〔2〕 American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. American Psychologist. 57,1060-1073. (Also available at http://www.apa.org/ethics/)

伦理准则原则 B,忠实和尽责,就是说"心理学家必须意识到他们对社会所肩负的专业和科学责任"。心理学家有一个可贵的、道德的角色,那就是帮助保护我们的国家、其他国家以及无辜的平民免受伤害。这个角色有时要求我们要收集一些信息,这些信息可以用于我们国家和其他国家的防卫。特别小组认为当心理学家从事与国家安全有关的领域的调查工作的时候,他的中心角色就是协助保证过程是安全、合法的,以及对所有参与者都是道德的。

特别小组将 APA 伦理准则作为指导他们思考的基本原则。特别小组在 APA 伦理准则的许多方面都发现有这样的一些原则:例如序言"心理学家保护和尊重公民权和人权"以及"伦理准则视心理学家与之一起工作的那些个人和群体的福利与保障为自己的目标";原则 A,仁慈和善行,"在他们的职业行为中,心理学家要设法保护因工作需要而与之有来往或受其影响的人的利益和权利";原则 D,公正,"心理学家要学会理性判断,提高警惕,确保他们不会因潜在偏见、能力和专业技能的限制而导致或纵容不公正的行为";原则 E,尊重人们的权利和尊严,"心理学家要尊重所有人的尊严和价值"。特别小组下结论说:在处理由国家安全有关的工作所引起的道德困境时,伦理准则基本是合理的。

三、在与国家安全有关的工作中,涉及心理学家道德义务的 12 项声明,及对声明的解释

1. **心理学家不准参与酷刑或其他残忍的、非人性的或贬损性的处置措施,也不准指导、支持或助长这些行为或为其提供训练。**特别小组赞同 1986 年由美国心理学会理事会代表提出的反对酷刑的决议和 1985 年由美国心理学会和美国精神病学会提出的联合反对酷刑的决议(原则 A,仁慈和善行,道德标准 3.04,避免伤害)。特别小组强调理事会的指控并不包括调查和裁决的角色,因此工作小组不会对国家安全相关的领域可能发生也可能不发生的事件作出一些判断。然而特别小组认为对于反对酷刑和其他残忍的、缺乏人性的或贬低的处置措施提出一个明确的声明是有必要的。

2. **心理学家要警惕酷刑和其他残忍的、非人性的或有辱人格的一些处置行为,并且负有把此类行为报告给相关当局的伦理责任。**这种伦理责任源于序言"心理学家要尊重和保护公民的权利……指导心理学家行为的伦理标准的发展动力来源于个人奉献和终身努力践行道德行为,也需要来自同事对道德行为的鼓励";原则 B,忠诚和有责任感,该项原则声明:"心理学家要关心他们同事的科学行为和职业行为的伦理遵守情况"(伦理标准 1.05,报告伦理违反行为)。特别小组提到,当发现有不道德的行为时,心理学家要履行义务把该行为报告给相关当局以便做出相应的裁决处理,这个时候心理学家要注意保护个别心理学家的姓名,不要泄露给公众,不合适的草率的公开可能会给心理学家带来超越合理法律程序和判决的伤害(伦理标准 3.04,避免伤害)。

3. **以帮助审讯的角色提供服务的心理学家,不得使用从个人医疗记录上得来的有损个人安全和利益的卫生保健信息。**尽管从病历卡上得来的信息对确保审讯过程安全是有益的或有必要的,但心理学家不能使用这些对个体的安全和利益有损的信息(伦理标准 3.04,避免伤害原则,伦理标准 3.08,利用性关系)。

4. **心理学家不从事违反美国法律的行为,尽管心理学家有可能由于道德的原因**

拒绝遵守不公正或违背基本人权的法律和规定。参与有关国家安全的活动的心理学家,必须遵守所有的适用于管理他们的角色的规章制度……心理学家有道德义务了解、熟悉并遵守最近的可适用的规章制度。特别小组指出了几项包含有对被剥夺了自由的个体的处置措施条文的规章制度,认为这些规章制度是最基本的,如联合国公约的禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的处置或惩罚,与战俘的处理有关的日内瓦公约。

特别小组指出,心理学家有时会遇到道德与法律的冲突。当冲突出现时,心理学家要明白自己对 APA 伦理准则的承诺,用一种负责任的方式来解决这种冲突。如果用这种方式不能解决,心理学家也必须遵守法律的要求(伦理标准 1.02)。心理学家不遵守法律的道德原因只有一个,那就是行为与"基本的人权原则保持一致"(APA 伦理准则,序言和适用性)。特别小组鼓励在该领域工作的心理学家反复学习基本人权法律文书,如,联合国关于禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的处置或惩罚的公约和日内瓦关于战俘处理办法的公约。

5. 在有些场合,当他们的职业身份和专业功能的性质比较模棱两可时,心理学家要意识到并澄清自己的角色。如果有人对心理学家的角色存在错误印象,认为心理学家是在提供卫生保健服务的时候,心理学家有特别的责任去澄清他们的职业角色(伦理标准 3.07,第三方对服务的要求;伦理标准 3.11,心理服务的提供或通过组织)。

特别小组指出,心理学家以国家安全顾问的角色行动时,通常与其他各个领域的专家密切合作。因此,心理学家很少单独或独立地行动,而是具有不同技能和经验的专家组成的专家组的一部分,这些专家为了提供符合道德的适当的服务而聚集在一起(伦理标准 3.09,与其他专家通力合作)。

不管他们的角色如何,如果心理学家发现某人需要身体或心理健康治疗,他就要提出来让大家一起商讨,如何为其提供必要的帮助(原则 A,仁慈和不伤害原则)。

6. 心理学家必须敏感于混淆潜在的不一致角色而带来的问题,比如说卫生保健提供者和审讯顾问,要尽量避免卷入这样的多重关系中……

7. 心理学家可能以各种各样的与国家安全有关的角色从事服务(例如审讯顾问),并且服务时的行事方式要与伦理准则相一致。但在这个过程中,心理学家需要谨记一些要素,这些要素提示这些角色和情境需要特殊的道德思考。特别小组指出,心理学家在州或联邦政府以法律执行顾问的角色提供服务,已经有相当一个时期了。心理学家已经证明了,为在至关重要的信息收集领域中的法律执行提供帮助是非常有效的,而且这种帮助是以非常道德的方式行事的。特别小组对于以顾问的身份参与有关国家安全事务审讯的心理学家,提出了专门的道德思考,尤其是当来自不同国家而不是美国的个体被拘留时,这些道德思考包括:

- 某些环境怎样给个人注入一种深深的无力感,并且使个人在维护他们的利益和权力方面处于一个相当不利的地位(伦理标准 1.01,心理学家的工作滥用;伦理标准 3.08,剥削关系)。
- 是怎样由于没有理解文化和种族等各方面的差异而产生了误解,并使调查过程的效果和安全也大打折扣,还可能导致严重的心理和身体伤害的呢?(原则 E,"心理学家注意并尊重文化的、个人的和角色的差异,包括那些基于……人种、种族、文化、民族血统……的差异,并且在与这样的小组成员合作时要考虑到这些因素";伦理标准 2.01(b),能力的边界,"科学的或专业的

心理学科知识的建立有利于对种族、民族、文化、民族血统等相关的问题的理解，并且对他们履行有效的服务和进行研究也是非常重要的，心理学家为了保证他们服务的能力或做出合适转介，他们需要具备或接受训练、拥有或积累经验、还与其他人磋商（审核），并接受一定的监督和管理"；伦理标准 3.01，不公平的歧视，"在工作中，心理学家不参与基于……人种、种族、文化、民族血统的不公平的歧视"）。

- 在模糊和高度紧张的情境下，怎样造成行为更容易超越能力的边界和更容易道德失当。作为行为学家的心理学家接受过专门的训练，对这些情况加以观察，做出反应，并及时予以纠正（原则 A，仁慈和不伤害原则，伦理标准 3.04，避免伤害）。

8. **就审讯技术进行磋商的心理学家要留意被审讯的人可能没有从事不适当的行为，也可能此人身上没有讯问者感兴趣的信息**。道德上的责任不能因为对方关押之前的行为性质或有相关的可能性而减少。任何时候，心理学家都要保持清醒，遵守禁令，不从事或助长酷刑或其他非人性的、有辱人格的处置措施。心理学家要及时掌握一些关于如何有效而人道地获取信息的方法方面的研究，并且对于文化与审讯策略之间可能会产生怎样的相互作用也要相当熟悉（原则 E，尊重人权和人格尊严；伦理标准 2.01，能力的边界；伦理标准 2.03，发展能力；伦理标准 3.01，不公平的歧视）。

9. **心理学家对保密的限制要非常清楚**（伦理标准 4.02，保密限制的讨论）。接触、利用和分享与生理和心理健康有关的信息的心理学家，在从事此类活动时要保持对这些信息的高度敏感的意识，要记住"心理学家有一个重要的义务就是保密，并采取合理的预防措施来保护这些保密的信息"（伦理标准 4.01，保密）。需要泄露敏感的信息时，心理学家必须尽量使泄露的信息最小化，并且只能泄露给是明显的出于专业目的的人（伦理标准 4.04，侵犯隐私最小化）。心理学家也要留意，不要给人留下一个错误的印象，即当事实上信息并不机密时也弄得很隐密（伦理标准 3.10，知情同意；伦理标准 4.02，保密限制的讨论）。

10. **心理学家要意识到自己的权能，并且不要做超出自己权能以外的事情，除非是伦理准则中讲到的一些例外的情况**（伦理标准 2.02，在紧急情况下提供服务）。心理学家要努力保证他们应用的方法是有效的，并且是安全的、合法的、道德的（伦理标准 2.01，能力的边界；伦理标准 2.04，科学和专业判断的基础；伦理标准 9.01，评估的基础）。

11. **心理学家自己要弄清楚他们的当事人的身份，并且对他们的非当事人也要注意保持道德义务**（伦理标准 3.07，对第三方的服务要求；伦理标准 3.11，提供心理服务或通过组织）。不管一个个体是否被认为是当事人，心理学家都必须保证与此个体有关的活动是安全、合法和道德的（伦理标准 3.04，避免伤害）。对于心理学家的道德义务在整体上保持一个高度的敏感是非常重要的，因为具体场景的独特特性，个体可能不能充分地维护相关的权利和利益（原则 A，仁慈和善行，"在他们的职业行为中，心理学家要设法保护因工作需要而与之有来往或受其影响的人的利益和权利"；原则 D，公正，"心理学家要学会理性判断，提高警惕，确保他们不会因潜在偏见、能力和专业技能的限制而导致或纵容不公正的行为"；原则 E，尊重人们的权利和尊严，"心理学家要注意，对那些比较脆弱、容易伤害他们的自主决定权的人或组织的权利以及利益给予特别的保护"；以及伦理标准 3.08，剥削的关系）。

12. 面临困难的道德冲突时,心理学家要与人商讨。特别小组非常强调就道德问题和道德冲突进行磋商,对各种经验水平的心理学家都是相当合适的,尤其是在这个非常具有挑战性的、道德方面非常复杂的实践领域(伦理准则的序言说:“指导心理学家行为的道德标准的发展动力来源于个人奉献和终身努力践行道德行为……和与其他人就相关的道德问题进行磋商”,以及伦理标准4.06,磋商)。

特别小组还得出了其他几个结论:

……

心理学家应该鼓励并从事进一步的研究,评价和提高心理科学在与国家安全领域相关的问题、担忧和实践中的效用。这个宏大的研究工程的一个焦点是检验信息收集技术的效度和效果,并把重点放在获得信息的质量上。另外,心理学家还要对审讯者采取的一些审讯办法的心理效应进行考查,以使信息收集的过程不超越道德界限。而且对于一些特殊的信息收集方法的心理影响的文化差异以及怎么样就会构成酷刑、不人道和有辱人格进行研究也是很有价值的。

- 特别小组还指出了一个潜在的矛盾领域:那就是,当所进行的研究是保密的,或者当某个研究的目的和方法被人知晓后,其研究的成功将大打折扣;而伦理准则却要求被试参与一项研究后,必须向他说明该项研究的有关情况,这二者之间存在一定的冲突(伦理标准8.07,研究中的欺骗;伦理标准8.08,说明研究)。APA需要进一步确认和检查这一矛盾的道德尺度。
- 在这个领域工作的心理学家要非常清楚种族和文化与采用的调查技术和信息收集技术之间有怎样的相互关系,并且要特别注意忽略这些因素将会导致怎样的伤害。

特别小组对以下几个问题进行了热烈的讨论和争辩,但还没有达成共识:

- 伦理准则中的人权标准问题。所有的小组成员都认为尊重人权是非常重要的,一些小组成员强烈认为应该把国际人权标准纳入到伦理准则中来,而其他人则认为美国的法律才是检验的标准。
- 心理学家在伦理学上可将其工作性质和目的加以伪装的程度。特别小组所有成员都赞同道德上并不要求完全公开心理学家的工作性质和目的,而且也并不是在每种情况下都适合这样做。但是,心理学家把自己的活动向参与其活动的个人掩饰到什么程度,却存在分歧。
- 特别小组的讨论是否在小组之外也可以利用。一些小组成员认为让别人分享讨论、争辩和分歧的内容,对于他们在其他国家安全领域培养自己的职业道德是有帮助的。其他成员则认为对超出这个报告和其他公共申明以外的信息不予公开,有利于特别小组在开会时进行更加丰富的和更加有建设性的意见交换。特别小组就这个问题进行了投票表决,投票结果是7:1,1票弃权。最后表决决定,对于这个报告的深思熟虑的部分和特别小组做出的其他公共申明可以公开,其他信息不予公开。

评论:

把APA的立场与美国精神病学会的文件做一个比较,这个文件是已经被它们的理事会于2006年5月审核批准了的。接下来的一篇就是美国精神病学会的文件。

精神病学参与被拘留者的审讯[1] 13

⊙ 美国精神病学会(American Psychiatric Association)

1. 美国精神病学会反复重申他们的立场:精神病学家不能参与、帮助或助长对任何人的酷刑;意识到酷刑已经发生、正在发生或已经计划要发生的精神病学家要及时把它报告给相关职务的人,以便采取纠正行动。

2. (a)每一个在军事或公民拘留所的人,不管是在美国或其他什么地方,都被本国和国际人权公约赋予合适的医疗服务。(b)为犯人提供医疗服务的精神病学家对病人的心理幸福负有责任,包括为他们的病人考虑,但是不能以任何方式,不管是直接的还是间接的,明显的还是隐蔽的,为了军事或民事机构或法律执行当局的利益,而参加或帮助他的病人的审讯。(c)精神病学家不能将病人的病历以及在治疗过程中获得的有关信息泄露给对被拘留者执行审讯的任何人。(d)本段文字并不意味着正在实施治疗的精神病学家,当知道他的病人对自己或他人有着很大的威胁的时候,也不去弄清楚威胁的性质和严重性,也不向相关部门报告,这与其他治疗关系的责任是一致的。

3. 不管是在美国还是其他国家,对于被军事或民事调查当局和法律执行当局监禁的犯人,精神病学家都不能直接参与审讯。直接参与包括进入审讯室询问问题或提出建议,或给当局提建议对特殊的犯人进行特殊技术的审讯。但是精神病学家可以给军事和民事调查和法律执行人员提供一些培训,包括如何识别有心理疾病的人以及如何对他们开展工作,特殊的审讯技术和条件带来的可能的医学和心理效应,以及他们专业知识范围内的其他内容。

评论:

根据美国精神病学会的制度,它的从业者决不能直接加入帮助审讯犯人的行为科学咨询小组(“饼干队”)。军事机构也宣称他们仅仅请精神病学家帮助审讯者设计策略,从一些人(如关押在关塔那摩湾的人)那里获得信息。

史蒂芬·本克(Stephen Behnke),APA伦理办公室主任,声称心理学会和

[1] From position statement issued by the American Psychiatric Association (Copyright 2006). Available at http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200601.pdf. Reprinted with permission.

精神病学会之间的差异是，各自关于道德责任的观点不同。他宣称心理学家相信，他们就像对第三方或公众一样，对被怀疑的人（被审讯的人）负有道德责任（Behnke，2006，p. 66）。相比之下，他认为：

> 美国精神病学会在评定他们的成员在审讯时的恰当角色时，采用稍微不同的立场，他们不是在两个道德原则——不伤害和通过阻止伤害以对社会有益之间获得它的位置，他们好像仅仅关注第一点：不伤害（p. 67）。

Behnke，S.（2006，7/8）. Ethics and interrogations：Comparing and contrasting the American Psychological，American Medical and American Psychiatric Association positions. *Monitor on Psychology*，37，66-67.

在新英格兰医学杂志上发表的一篇论文（Okie，2005）中，史蒂文·夏夫斯顿（Steven Sharfstein，后来任美国精神病学会的主席）曾被邀请到关塔那摩湾访问，在谈到精神病学会的角色时，他说："对你什么时候脱离你的内科医生角色很关心。"（p. 2533）论文的作者继续说：

> 一位法庭精神病学家检查民事监狱关押的一名犯人时，精神病学家首先向犯人解释，这个访谈对他没有什么益处，犯人可以拒绝。夏夫斯顿说："对未判决的囚犯进行审讯的时候，那就不是这样啦，对他们的审讯过程，很自然地，会有一定的欺诈性，这是一个大问题……（原文省略）。人们不得不运用审讯，但是审讯时用到精神病学家的确不合适。"（p. 2533）

Okie，S.（2005）. Glimpses of Guantanamo—Medical ethics and the war on terror. *The New England Journal of Medicine*，353，2529-2534.

另外一位内科医生则说，国防部管理"饼干队"的政策使医生参与强制性审讯得以实现。见（p. 7）Keram，E. A.（2006）. Will medical ethics be a casualty of the war on terror? *Jouranl of the American Acadimy of Psychiatry and the Law*，34，6-8。值得注意的是，心理学伦理和国家安全报告并没有把心理学家排除在强制性审讯之外。后来美国心理学会主席哥洛德·库克尔（Gerald Koocher）为APA的角色辩护说："特别小组在描述道德失当行为时拒绝使用'强制性的''有害的'等词语，因为心理学家的许多合法的职业角色也可能被证明在某些方面是存在问题的（比如，关于滥用的委托报告，评估一位被告是否有能力接受审判）。"（p. 5）Koocher，G. P.，（2006. 2）. Speaking against torture. *Monitor on Psychology*，37，5.

库克尔的话语引发了许多关于他的观点和心理学伦理与国家安全报告的言论，既有赞同的，也有反对的。例如，弗瑞克（Fraenkel，赞同），阿里戈（Arrigo，反对）和威瑟斯（Wessels，反对），后两位是心理伦理和国家安全特别小组的成员，来自2006年5月的Monitor on psychology，37，8；苏弗德（Suedfeld，赞同），斯恩和伍夫（Shinn & Woolf，反对），来自2006年4月的Monitor on psychology，37，4，8；也可以看2006年美国心理学年会上，关于"心理学伦理和国家安全报告"支持和反对的辩论，Munsey，C.，& Meyers，l.（2006. 12）. Debating psychologists' wartime roles. *Monitor on psychology*，37，28-29. 那次会议宣布美国心理学会伦理委员会将制定一个详细的专题汇编，来帮助心理学家理解审讯时的角色以及作为

伦理准则的拥护者的角色。

无论如何，这些争论又回到了在第4章讨论的由塔拉斯夫个案引发的问题，只是规模更大。对于心理学伦理和国家安全报告的关心以及对美国心理学会和美国精神病学会的定位对比明显地都集中于忠诚的责任。正如在塔拉斯夫个案中法庭所做的，美国心理学会认为心理学家有双重的忠诚——对个人以及对社会的忠诚，为了更有意义的政府或社会目的，允许心理学家忽略对当事人的忠诚的责任。精神病学家倾向于把他们的角色看作是治疗者，为他们的病人的心理健康服务，而不是强制性政府行为的助手。读者认为哪一种角色定位更道德，更实际，更具操作性，从长远角度更看，更具有社会保护性呢？

编者注：当这篇文章将要出版时，美国心理学会的代表理事会又重申了他们2006年对于反酷刑的决定。另外还指出了许多审讯技术，如水登机、性羞辱、恐怖或其他精神病理学方法，心理学家都特别地要禁止执行（可以浏览网页：http：// www. apa. org/releases/councilres0807. html）。经过一个很长时间的争论之后，理事会废弃了“把心理学家在国家安全机构中的角色限定为仅仅是健康服务的提供者”的这个决定（p. 14）。Farberman, R.（2007. 12）. Council extends its stance on torture（理事会扩充了它在酷刑上的立场）. *Monitor on psychology*, 38, 14. 也可以参考 Okorodudu, C., Strickland, W. J., Van Hoorn, j. l., & Wiggins, E. C.（2007. 11）. A call to action: APA's 2007 resolution against torture（行动呼吁：美国心理学会2007年反酷刑决定）. *Monitor on psychology*, 38, 22-25. 这个措施能解决伦理问题吗？

治疗和其他形式的干预

第七单元

与一般人际关系的建立不同，在治疗过程中，治疗者与心理失调者会在比较短的时间内建立比较亲密的关系。在许多案例中，尽管医患之间是完全陌生的，心理失调者仍然愿意向治疗者透露他们的内心世界，包括个人的情感、思想和行为，和治疗者共同面对自己内心最深处、最隐蔽、最值得寻味的一面。有时候，心理失调者同样可以对家庭成员或者是治疗小组中的其他陌生人袒露心声，也同样可以达到治疗的效果。

在很多情况下，人们只有在感到极度的焦虑和难过的时候才会求助心理医生治疗，他们感觉非常糟糕，做事情没有效率，甚至会产生自残行为。尽管迫切想了解这些情况代表什么，但他们似乎不了解治疗的进程。

尽管这些人很焦虑，但至少他们可以主动地寻求治疗，想变得更好，但并非所有人都是这样。比如，有一些被迫送到精神病院或者被法院强制接受心理治疗的心理失调者拒绝去看心理医生。在这两种情况下，治疗者在首次治疗中要面对这样的心理失调者，他们思维混乱、焦虑不安、需要帮助、敏感脆弱，有时候还会有攻击性。

在治疗和其他形式的干预中，不可避免地会涉及复杂的伦理问题。在之前的单元中已经谈到了这个问题。在第四、五单元中，已经就有关秘密、多重关系这两个关键问题分别做了讨论。在第十单元中会涉及一些心理治疗服务中比较敏感的赢利性问题。在本单元中，我们将集中讨论一些之前没有提到的附加问题。

1989 年，美国心理学会伦理准则不包含有关治疗伦理的条目。在这方面，1992 年有了很大的改进，第四单元中曾提到这个问题，并在 2000 年得到延续，关于治疗的标准更多地集中于第十单元。然而在标准 3.10(a)中，准则要求心理医生获得非正式同意。标准 10.01 中要求一旦治疗开始，这个过程也必须开始。标准 3.10(d)要求心理医生要有“适合的文字说明和口头同意”。然而，事实上并没有达到这些要求。因此，关于同意过程如何进行，许多作者在寻求更好的方法和观点。甚至有人怀疑同意的必要性。另一个值得讨论的问题是，治疗师和当事人是否应该正式签署一份“知情—同意”的合同。

一对一的治疗问题是很复杂的，如果是夫妻治疗、家庭治疗、集体治疗，问题会变得更为庞杂。保密成为首要问题，当然，在这一单元所涉及的保密问题又对第四单元中的问题做了扩展。然而，更复杂的事实是，家庭治疗往往涉及孩子。孩子们

有接受治疗的权利吗？他们有独立的被尊重的隐私权吗？父母可以代表他们孩子的意愿吗？治疗师是否起到了保护儿童的作用？

在这一单元中涉及这些经典的问题是很有必要的。然而，心理学领域中不仅仅是对话、面对面形式的治疗。比如，心理治疗师逐渐接触到行为药物，如减轻压力和疼痛的治疗药物。还有，许多有能力有影响力的心理治疗师都努力想拥有职业资格，可以得到相关的训练，还有处方权，对这一现象日益激烈的争论是不能忽视的。再有，有些心理治疗师写一些关于自我救助的文章和书籍，广受欢迎，而另一些人通过电话或者邮件进行治疗。

心理治疗师不仅面对各种不同的治疗形式，还要面对各种不同类型的当事人。大体上是女性、男同性恋者、女同性恋者、少数民族、来自乡村团体的人、残疾人等，这些人群经常见到的是有责任感的心理治疗师(绝大多数是城市中的白种男人)，附带一系列的伦理问题。最后，伦理问题可能会有益于治疗师。比如，心理治疗师应该用什么样的伦理准则面对当事人对自己死亡的思考？

这是在第七单元中所要讨论的问题。提出的这些问题是为了表明：好的治疗不仅仅是技术、感同身受和健全的理论。

寻求对知情同意的理解 1

⊙ 杰夫里·E. 伯纳特(Jeffrey E. Barnett)

抛开专业关系的必然性,心理治疗师扮演的是心理治疗、测量、研究、客观督导、咨询或者其他专业角色,但只有在开始一系列的知情同意之后才能与当事人建立这样的关系,无论是在伦理上还是在法律上都应该如此。“知情同意”是指一个相互分享的决策过程,在这个过程中专家与另一个体交流很多信息,以便他(她)对参与专业关系做出有根据的决定。

历史观点

知情同意在人的健康领域中已经有很长的历史,它开始于药物学,近些年判例法的出现又使其有了更充分的发展。首先,人们认为内科医生是一个仁慈的独裁主义者,他们控制每一个当事人的测量和治疗,是有权威性的。在整个19世纪和进入20世纪以来,内科医生通常在为心理失调患者看病之前没有获得同意,但人们并不认为这样是与广为接受的伦理和法律要求不相符合的(Grisso & Appelbaum,1998)。这被称作“医生熟知系统”(doctor-knows-best system),认为当事人在治疗当中是处于被动地位的(Welfel,2006)。在治疗中,几乎没有沟通与互动,当事人不能参与做决定的过程,因此,当事人更易受到不公平的对待或者伤害。总的来说,知情同意的原则改变了这样的惯例,它要求健康专家与当事人互相分享预期治疗信息,以使当事人对于预期做出更明智的决定。

斯科伦多夫(Schloendorf)诉纽约社区医院(1914)是知情同意的开始,在这桩案件中,法官 Cardozo 宣布“每一个成年人都有权利去决定自己的身体将被如何处理”(Stromberg et. al. ,1988,p. 446)。随后,在20世纪50年代之后的很多年里,有许多治疗不当行为被健康专家认为是对当事人有害的。

在萨冈(Salgo)诉斯坦福(Stanford,1957)的案件中,加利福尼亚法庭规定:当事人必须对医生与之分享的信息有充分的了解;参与的风险和好处也应该包含于其中,这才是有法律效力的。坎特贝里(Canterbury)诉斯宾斯(Spence)(1972)是一个里程碑性质的案例,它规定:不回答当事人的提问是不够的;所有必要的信息都是要与当事人分享的,关于参与,当事人需要的是“为了一个明智的决定”(p. 783);分享的信息要以求助者可以明白的形式呈现出来。对于从健康专家决定当事人需要知

道什么到当事人自己做决定这一过程来说,这个规定是十分重要的一个步骤。在杜鲁门(Truman)诉托马斯(Thomas)(1980)的案件中,加利福尼亚最高法院规定:医生不仅要告知当事人接受治疗的风险,还要告知其拒绝接受治疗的风险。在奥歇尔夫(Osheroff)诉科斯纳特·乐基(Chestnut Lodge)(1985)的案件,尽管已经做了庭外调解,但也确立了一个惯例,即医生必须告知当事人合理的、可执行的可选项和与之相关的风险和益处。有些内容与《美国心理学会伦理准则》中的知情同意标准相似,人们会认为那些内容也是被广为接受的知情同意的成分。以上这些是对上面提到的按时间顺序发展的简要介绍。

知情同意的目标

尽管知情同意来源于医学界并且开始只是涉及特殊的并不连续的步骤,但现在心理治疗过程和心理治疗师提供的其他服务中,它已经被作为一个很必要的部分而被越来越多的人所认可。一些创始者比如 Beahrs 和 Gutheil(2001)认为,知情同意是指一种与当事人信息共享的过程,这个过程对于当事人在众多的方案中做出理性的选择是十分关键的。知情同意还有许多益处,包括"促使当事人自主选择,可以减少当事人利益和身体受损害的风险,鼓励理性的决定,加强治疗的联盟"(Snyder & Barnett,2006,p. 37)。尽管心理治疗师的理论方向会影响他们对知情同意的观点,但总的来说,这与心理治疗师们总的目标是相吻合的,即建立以信任、开放、尊重为基础的合作关系。再有,提供关于选择的必要信息也有利于在专业关系中决定权的分散,这有利于加强专业的合作,减少当事人利益和身体受损害的风险(Meisel, Roth, & Lidz,1977),也有利于在治疗关系中的信任、开放和分享(Snyder & Barnett, 2006)。

知情同意是一个过程,它不仅仅发生在治疗(或督导、研究或者任何其他专业的关系中)的开始阶段,而更应该将它贯穿于治疗的整个过程中。在《美国心理学会伦理准则》中:心理治疗师应该"尽早将知情同意应用于治疗关系中"(p. 1072),但是,心理治疗师不应该认为这样就尽到了责任,通过专业关系不断更新知情同意是很重要的,比如任何对治疗所提出的重要变化,或者对开始的知情同意协议的变化。

随着对治疗服务的关注,《美国心理学会伦理准则》要求心理治疗师在知情同意协议的信息中包含"治疗的类型和预期过程、费用、包含的第三方和保密的局限性"(p. 1072),还有合理的、可实施的选择余地以及他们相对的风险和优点,还包括拒绝或者终止治疗的权利。知情同意也对督导、研究、测量和其他心理治疗师所提供的服务作了规定。研究表明(e. g. ,Sullivan, Martin, & Handelsman,1993),来访者认为在专业关系建立的初期为他们提供详细信息是十分有价值的,他们认为那些提供知情同意的治疗师更加专业、更加值得信任。但是提供信息的方式会很大程度上影响来访者对特定信息的理解(Braaten, Otto, & Handelsman,1993)。并没有明确规定知情同意是否需要通过文字的形式还是口头语言的形式或者是两者兼而有之,但是许多专家建议采用二者兼而有之的方式。恰当的文字形式可以提高所有的口头讨论。它有助于确保来访者同意什么;为来访者提供相关的书面文件;审查专业关

系的整个过程;在治疗过程中有不清楚或者误解的地方时,也让治疗师有一个参考。

“知情同意”名副其实吗?

按照法律规定,知情同意需要满足3个条件才是有效的:当事人必须了解所呈现的信息;同意必须是自愿给予的;当事人必须有能力授予同意(Gross,2001)。仅仅向当事人呈现信息是不够的,而要“用恰当的容易理解的语言”来进行说明解释(APA,2002,p.1065)。再有,心理治疗师必须积极地去确定当事人是否已经理解呈现的信息,哪些信息是他们所同意的,这不仅仅是询问当事人是否明白或者有什么疑问。比如:要求当事人对分享的信息和特定的协议进行解释,这比简单地问一些问题效果更好。文字的规定是很有用的,当事人有疑问时可以参考它,另外它也是双方达成一致意见的有形记录。尽管可以配合语言说明,书面的知情同意协议也应该考虑到阅读水平和理解能力。有研究者对美国114所医学院知情同意的形式做了调查,尽管这些学校要求阅读水平要达到2.8,结果表明书面形式的平均水平在10.6(Paasche-Orlow,Taylor, & Brancati,2003)。一些出名的医疗保健机构通过与大众传媒的比较来对隐私权的阅读能力做了新的调查,这些调查可能更通俗易懂:在调查中认为阅读隐私权与阅读喜剧同样容易的人占0%;与阅读J. K. Rowling的《哈利波特与魔法石》同样容易的人占1%;与阅读H. G. Well的《世界大战》同样容易的人占8%;与阅读专业医学文献或法律合同同样容易的人占91%。

知情同意书到底包含多少信息,这还不清楚。当然,有可能包含的信息太多让当事人应接不暇,这与之前所陈述的签订知情同意书的目标有悖。通过对心理学家知情同意实践的研究发现,提供给当事人的信息在广度和深度上皆存在广泛的变异性(e. g,Dsubanko-obermayr & Baumann,1988;Otto,Ogloff, & Small,1991)。当然,正如之前所描述的一样,知情同意必须包括一些确定的问题。对一些问题的仔细考察是有必要的,例如,保密性的限制性问题,因为当事人在心理学家的责任这个问题上可能有着相当不同的看法。比如,米勒和锡伦发现被调查的当事人中有69%的人认为并期望他们在心理治疗中的所有信息应该得到保密,74%的人对该规则没有异议。最后,有96%的人表示在心理治疗关系开始之前想了解对保密性原则的一些可能性限制。波梅尔兰兹和汉德尔斯曼(Pomerantz & Handelsman,2004)推荐,包括一些问题,例如,保险、保健管理细则和心理药理学。这些作者也提出了一些建议:呈现知情同意信息的格式。他们设计了一份包括一系列问题的书面问题表格:当事人可能会请求其心理治疗师帮助收集和知情同意程序相关的重要信息。他们并没有提出一组这样的问题:在所有的心理治疗情形下所有的当事人都会提出的问题。相反,他们认为这只是种引导,正如波普(1991)所描绘的那样,这是一个能适应处理每一个独特的当事人的需求和情形而不断变化的过程。

需要考虑的问题

知情同意是心理治疗过程和治疗关系中的重要方面,同时也是所有心理师参与的各种专业关系的重要方面。然而,知情同意中有限的信息是有标准的,对于“何

时限制信息"、"何时知道某人已经分享了许多"这些问题都没有专门的规定。这些治疗过程中所包含的信息的范围、信息的详细程度，以及如何确定哪些信息是有用的、如何最好地表达，这些问题仍没清晰的规定。竞争、理解和自愿性都存在两难境地，因为这些意味着要从未成年人、心理障碍患者、囚犯、有认知障碍的人等处获得同意，并且要知道什么时候分享信息、分享多少信息、什么时候这个过程会起到相反效果。了解如何表达信息也是十分重要的，用语言表达，写成书面文件，或者用两者结合的形式。心理师也应该考虑到并且了解在过程中多样性的潜在影响，比如语言、年龄（和发展水平）、文化背景等可能会影响到知情同意的过程。在知情同意过程中，门诊病历中的个人、夫妇、家庭和群体都呈现出不同的特点和问题，需要服务、门诊督导、研究和教导。处理好这些问题是很关键的，可以保护来访者的权利、促进自我管理，并在这种专业关系中获益最多。

评论：

伯纳特的优秀概述突出了知情同意响应30年前所发表文章的基于自治的基本原理：通过协议（提供信息的程序和达成协议）来定义治疗关系：治疗师提供心理学方面的专业知识和技术，当事人提供特定的信息并承诺对其问题负责这样一种相互努力的过程。（p.7）

Hare-Mustin, R. T., Marecek, J., Kaplan, A. G., & Liss-Levenson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. American Psychologist, 34, 3-16. 汉德尔斯曼和加尔文（1988）认为知情同意书的格式应该致力于："提高专业的自我审查能力，关于当事人的自治性，并且允许当事人通过担任其治疗师的助手来提高他们的福利。（p. 223）*Handelsman, M., & Galvin, M. (1988). Facilitating informed consent for outpatient therapy: A suggested written format.* Professional Psychology: Research and Practice, 19, 223-225. *For an updated format (taking into account the requirements of the federal government's Health Insurance Portability and Accountability Act, see chap. 10, this volume), see Pomerantz, A. M., & Handelsman, M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format.* Professional Psychology: Research and Practice, 35, 201-205. 尽管伯纳特在该书的摘要里应用了支持性的研究，然而对知情同意书的理论和实践工作却提出了担忧，尤其是关于协议的运用问题。例如，一名评论员这样评论：以精神分析为导向的心理治疗……

这种治疗协议或甚至是描述治疗过程细节的协议是相当不恰当的，而且，实际上会具有副作用。……这会对心理分析治疗产生内在的阻抗……我们不应该火上浇油（p. 258）

Parker, K. (1976). *Comment: On a contractual model of treatment.* American Psychologist, 31, 257-258.

或许疗法的技术提高了最具伦理问题的矛盾性。自相矛盾的策略通常使得当事人当前的症状得以保持和恶化：比如，一名治疗师鼓励一名焦虑的当事人在真实的情形中显得焦急。因为该策略会起作用，有时治疗师有必要牺牲他（她）的理性来应用它。这样，有人会说用该策略是违背伦理的。其他人会认为用该技术的伦理问题和其他心理治疗模式没什么两样。关于这个主题的争议如下：

Betts, G. R., & Remer, R. (1993). *The impact of paradoxical interventions on perceptions of the therapist and ratings of treatment and acceptability.* Professional Psychology: Research and Practice, 24, 167-170.

Brown, J. E., & Slee, P. T. (1986). *Paradoxical strategies: The ethics of intervention.* Professional Psychology: Research and Practice, 17, 487-491.

Hunsley, J. (1988). *Conceptions and misconceptions about the context of paradoxical therapy.* Professional Psychology: Research and Practice, 19, 553-559.

更为普遍的是,一些人质疑其是否清楚。

治疗师有能力提高知情同意书的必要信息,因为其风险和治疗的结果以及选择的余地是很大的,不确定性和复杂性,他们掩盖充分的现状。

Widiger, T. A., & Rorer, J. G (1984) The responsible psychotherapist., 39, 503-515.

当用某种特定疗法时,在治疗的复杂性和知情同意书的不协调性上治疗师和当事人存在的沟通不畅这个难题的一种建议是:临床心理学家告诉其当事人因为他们的理论导向性使他们不能讨论具体的治疗技术和治疗的目标。参见 Grace, J (1985). Whither informed consent to psychotherapy? American Psychologist, 40, 1062-1063. Would Graca's alternative comport whit the informed consent provision of the 2002 Ethics Code?

治疗师是否必须参与知情同意书的签订过程,这个问题在 2002 年的伦理法规中得以解决,接下来在摘要和评论部分将得以阐释。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Beahrs, J. O., & Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 4-10.

Braaten, E. B., Otto, S., & Handelsman, M. M. (1993). What do people want to know about psychotherapy? *Psychotherapy*, *30*, 565-570.

Canterbury v. Spence, 464 F. 2d 772 (D. C. Cir. 1972).

Dsubanko-Obermayr, K., & Baumann, U. (1998). Informed consent in psychotherapy: Demands and reality. *Psychotherapy Research*, *8*, 231-247.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals.* New York: Oxford University Press.

Gross, B. H. (2001). Informed consent. *Annals of the American Psychotherapy Association*, *4*, 24.

Knapp, S. J., & VandeCreek, L. D. (2006). *Practical ethics for psychologists: A positive approach.* Washington, DC: American Psychological Association.

Meisel, A., Roth, L. H., & Lidz. C. W. (1977). Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 285-289.

Miller, D. J., & Thelen, M. H. (1986). Knowledge and beliefs about confidentiality in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*, 15-19.

Osheroff v. Chestnut Lodge, 490 A. 2d 720 (Md. App. 1985).

Otto, R. K., Ogloff, J. R., & Small, M. A. (1991). Confidentiality and informed consent in psychotherapy: Clinicians' knowledge and practices in Florida and Nebraska. *Forensic Reports*, *4*, 379-389.

Paasche-Orlow, M. K., Taylor, H. A., & Brancati, F. L. (2003). Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *New England Journal of Medicine*, *348*, 721-726.

Pomerantz, A. M., & Handelsman, M. M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 201-205.

Pope, K. S. (1991). Informed consent: Clinical and legal considerations. *Independent Practitioner*, *11*, 36-41.

Salgo v. Leland Stanford Jr. Univ. Bd. of Trustees, 154 Cal. App. 2d 560, 317 P. 2d 170(1957).

Schloendorf v. Society of New York Hospital, 211 N. Y. 125, 105 N. E. 92(1914).

Snyder, T. A., & Barnett, J. E. (2006). Informed consent and the process of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, *41*, 37-42.

Stromberg, C. D., Haggarty, D. J., Leibenluft, R. F., McMillian, M. H., Mishkin, B., Rubin, B. L., & Trilling, H. R. (1988). *The psychologist's legal handbook.* Washington, DC: Council for the National Register of Health Service Providers in Psychology.

Sullivan, T., Martin, W. L., & Handelsman, M. M. (1993). Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 160-163.

The numbers game. (April 12, 2005). *The Washington Post*, p. F3.

Truman v. Thomas, 611 P. 2d 902(Cal. 1980).

Welfel, E. R. (2006). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

知情同意:复杂性和意义 2

⊙ 埃里卡·H. 威斯(Erica H. Wise)

给予潜在的来访者全部信息,要他们完全地自我管理、平等地做治疗的决定,这是不太现实的。《美国心理学会伦理准则》用“相当可理解的”来形容理想的心理师的复杂性和完整性水平。Barnett(2007)概括实验表明,知情同意文件对于普通人来说可能不会是真正的“相当可理解的”,我们怎样确定寻找治疗的探索或者失败的精确风险呢?我们是否应该把所有的治疗备选方案和风险都清楚地告知来访者呢?我们真的要来访者充分地了解我们试图要与他们交流什么?如果知情同意的目的是为了让来访者同意我们所提供的方案,就有理由说我们是在进行风险控制而不是真正达到了知情同意的目标。尽管许多心理学家都在探索知情同意的价值,事实上,这是一种可以有效执行的、很复杂的伦理责任。很多实例表明,症状严重的来访者在寻求心理治疗时根本没有兴趣去试图理解长而严格复杂的知情同意书和其中的细微差别。另外,不同文化背景的来访者可能会认为个人不应该询问专业人员问题,或者认为这样是对专业人员的不尊重。

因为可以让来访者实现更好的自我管理,因此,心理治疗师这个职业还是被广泛认同的,尽管如此,仍然不清楚怎样让来访者最有效地加入到积极的治疗决定的过程当中。我很认同 Barnett(2007)的观点,要把知情同意的口头表述(为了讨论)和文字表述(为了后来查阅)结合起来。问问我们自己,如果是我们或者其他人正在考虑治疗的建议过程,我们想要知道什么,这样站在来访者的立场考虑问题是很有意义的。在伦理道德方面尽职尽责也暗示着我们要用额外的时间与某些来访者交谈,比如急性病患者、那些由于文化背景的原因而对专业人员提问有困难的人。这种“透视—承担”的联系可以加强职责条例的有效执行,而不仅仅是达到风险管理的目标。我们也可能考虑将某些专有名词(比如选择、决定)整合到伦理道德的语言中来以更有效、更准确地履行我们的承诺,更好地授权给来访者。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Barnett, J. E. (2007). Seeking an understanding of informed consent. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 179-182.

知情同意标准的进展：个性化和弹性的治疗方法是否应该有时间限制



◎ 唐·约翰逊-乔妮(Doug Johnson-Greene)

……

心理援助的干预水平可以证明知情同意是正确的吗？这个问题的回答取决于你对"干预"的定义。医学上的干预形式是生理学或者身体结构的改变，而心理治疗则有非常好的干预特质，包括思想和信念的分享与改变、心理能力和心智能量的测量，也包括提供态度不明确的信息，这些信息可能会与密切相关的信息背道而驰。心理援助对于人的各种能力也有比较好的干预作用，比如开车的能力、做金融或医疗决定的能力、寻找工作机会的能力和完成学业的能力，此外，心理援助还被用来测量忍受审判的能力、测量死刑犯的接受能力。这些成果显然与干预治疗的复杂性来自不同领域，但毫无疑问的是已经对他们的权利进行了相当程度的干预。

知情同意的内容及其表达

尽管国际健康基金会正在以特殊的群体（比如阿尔茨海默式痴呆患者、多发性硬化症患者）为实验被试来进行实验研究，用以探究知情同意的内容及表达，但有关临床治疗知情同意的实证研究却严重缺乏。因此，知情同意的建议是一种伦理陈述，这种陈述由专家协会制定或者根据合法的建议、个人的信仰和道德、客观知识和有依据的猜测。

有关知情同意内容的研究已经有了详细的安排，包括心理学在内的许多专家已经就此问题展开讨论（Caplan,1998;Johnson-Greene,2005）。美国心理学会伦理准则(2002)关于此问题最新的表述是在标准 10.01 中：心理治疗的知情同意有多个组成成分，包括"治疗的自然和预期过程、费用、第三方的介入和保密限制"（p. 1072）。尽管有这些建议，但我们的专业缺少对知情同意的一致性看法。

心理治疗的知情同意至少应该包括所有的基本参数，比如费用、预期持续时间、合理的预期结果、保密限制、治疗目标、治疗的备选方案。另外，就像 Barnett(2007)所说的，根据具体问题的不同，知情同意的内容和表达需要有灵活性。这个灵活性也要根据治疗的情况和目的而有所调整。知情同意不是为完全没有痛苦体验的门诊心理障碍患者提供心理援助，更不是在医院环境中为认知障碍患者测量其做决定的能力。

《美国心理学会伦理准则》(2002)在标准3.1中指出,不论是文字形式还是口头形式的知情同意都需要记录下来,这就意味着在某些情况下可以有口头的同意。文字形式的知情同意文件可以保证不会由于疏忽而将重要条目忽略掉。因此,文件中要包含重要的信息,这些信息意味着来访者的知情同意。但正如伯纳特(2007)在论文中提到的,可能更重要的是,知情同意不只是在文件上签字,而是一个交换信息的过程,我们要记录所发生的信息交换和其中的内容。伯纳特建议心理师要"积极地确保"来访者理解这些信息,我十分赞同这种说法。提供了知情同意以后,临床医生要去问来访者一些问题以确保来访者已经理解,这样来访者也有更多的机会问一些问题。这样的技术可以保证知情同意不是被动的,相反,这是一个在心理师与来访者之间积极的信息交换过程。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Barnett, J. E. (2007). Seeking an understanding of informed consent. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 179-182.

Caplan, A. (1988). Informed consent and patient-provider relationships in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *69*, 2-7.

Johnson-Greene, D. (2005). Informed consent procedures for neuropsychology: Official Statement of the National Academy of Neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 335-340.

越来越多的知情同意：心理治疗在不同时间点的不同特点



⊙ 安德鲁·M. 坡默尔兰兹(Andrew M. Pomerantz)

关于心理治疗中知情同意的获得过程，最新的《心理师伦理准则和行为法规》(美国心理学会，2002)已经有了明确的指导方针，在伦理标准3.10描述了心理师心理治疗中获得知情同意的最基本职责；伦理标准10.01a对获得知情同意的时间做了特别声明："在治疗关系中，只要条件合适，心理师应尽早通知来访者治疗的自然和参与过程、费用、第三方的介入和保密限制"(p.1072)……

伦理标准10.01a(1072)中的"合适尽早"是指，在某些心理治疗案例中，在第一次见面就让来访者获得知情同意是不恰当的。事实上，之前大量的研究者都强烈建议心理治疗过程中的知情同意不应该是一次完成的过程，而应该是一个随着时间不断向前发展的过程……再有，费舍(Fisher，2003)提到，在以下这些情况中，知情同意中的详细情况说明是要被推迟的：

(1)治疗者与第三方付款者需要进行协商；

(2)来访者的状态处于危急关头；

(3)诊断认为来访者的治疗过程是逐步的，而不需要马上进行。

如果说知情同意的获得是一个不断前进发展的过程，那么逐渐展开的过程是与治疗过程中知情同意主题的范围有关的。心理治疗师可以根据知情同意的不同部分来确定不同的"合适尽早"的参照点(美国心理学会，2002，p.1072)。换句话说，在心理治疗过程中，心理咨询员应该更早地与来访者就治疗过程的某些方面进行探讨。治疗过程的某些方面是比较经常讨论的话题，比如来访者、呈现的问题、处境，可以将这些作为探讨的开始。心理治疗的其他过程因来访者的个体差异而有所不同，或者出现得较晚，所以，对它们的讨论时间就会向后推。然而，目前还没有相关的实证研究来证明知情同意不同的部分应该在何时进行讨论。下面这项研究就是要做这样一个调查。

作者调查了密苏里州的400名注册心理师(回收率27%)，要求被调查者填写一份调查问卷。

讨　论

根据这项调查结果，心理师认为对于知情同意不同部分的表达有不同的合适的

时间点。某些信息可以在治疗过程的开始就告知来访者,而某些信息需要至少一次治疗之后才可以提及,也有可能是在多次治疗之后。这个结果支持心理治疗知情同意的“过程”模型而与“事件”模型不符(e. g. ,Berg et al. ,2001;O Neill,1998;Stone,1990),也就是说随着治疗的进行来访者逐渐了解自己的治疗过程。实验数据的结果支持了这样的观点:心理治疗的知情同意不是一次性完成的过程,而是一个咨询员与来访者之间连续的进展过程。

表1　描述统计:最初能回答门诊心理治疗当事人的问题

项目	平均数	标准差
治疗将包括多少次会期?	4.28	2.15
治疗将会达成什么样的目标?	2.55	.86
治疗过程中将会包括什么活动?	2.20	.87
会期每隔多久举行一次?	2.19	.97
这种疗法在心理治疗领域中已经诞生多久了?	2.16	1.76
这将会属于哪种心理治疗(方法,方向)类型?	2.11	.84
我的保险公司将会支付多少治疗费用?(百分比,总额)	2.06	1.96
这种治疗将会涉及哪些风险?	2.06	1.48
可供选择的替代性疗法是什么?	2.05	1.09
我的老板将得到哪些信息?	1.37	1.38
我的保险公司将得到哪些信息?	2.06	1.96
治疗费用会在某些情况下增加吗?	1.33	1.36
每次会期将持续多长时间?	1.29	.71
你被监督了吗?被谁监督?	1.28	1.29
你们的制度是如何规定延期付费的?	1.22	.98
我应该多久付费一次?	1.14	.71
我所说的每句话都会被保密吗?	1.13	.75
你认可我的保险吗?	1.08	.68
该治疗将花费多少?	1.08	.28
你们的制度是如何规定爽约的?	1.06	.25
你们接受的付费形式有哪些(现金,信用卡,支票)?	1.02	.13

注意:所有项目的等级评定:1 = 在第一次会期开始时 2 = 在第一次会期结束时 3 = 在第二次会期结束时 4 = 在第三次会期结束时 5 = 大约在第五次会期时 6 = 大约在第十次会期时 7 = 在第十次会期之后的某时刻 8 = 从不想了解

在治疗的开始阶段乐于详细叙述治疗过程中相对固定的、可以直接应用于多数人的方针和规则,或者谈论来访者,而不管问题的差异性,比如费用、保密原则、监督状态和每一个疗程的长度。另一方面,心理师需要治疗的整个疗程以体会到自己讲解心理治疗要点的能力,这些要点包括对特殊来访者的特别规定、逐渐呈现问题。这些方面紧紧围绕治疗的实质和精髓,包括基本的方法和目标、活动、风险和备选方案、疗程的安排。

在讲解治疗长度的相关事宜之前,心理师需要较多的咨询次数(至少有三个完整的疗程)。治疗的持续时间问题是相当复杂的,它不仅取决于呈现的问题,这是治疗的开始,并且也因来访者的不同而呈现多样性;还取决于来访者最开始尝试治

疗的反应,这需要额外的时间才可以看出来。第三方付款使得这个问题更加复杂。从来访者第一次来访开始的几周时间内,咨询员和付费方都在协商。因此,即使咨询员在第一个疗程之后就可以很快地估计出治疗的时间长短,但是,要等到咨询员与付费方达成一致以后才会涉及这个问题……

这个研究的结果很明显地表明,知情同意是一个不断向前进展的过程,而不是一次完成的事件;对于某些问题的回答需要等到对来访者的问题和反应有一个清晰的鉴别之后才能进行。换句话说,就像实验结果表明的,如果治疗师可以预见、可以告知来访者某些信息,那么治疗师应该告知来访者不断向前发展、自然的知情同意过程……

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. S. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Fisher, C. B. (2003). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: Sage.

O' Neill, P. (1998). *Negotiating consent in psychotherapy*. New York: New York University Press.

Stone, A. A. (1990). Law, science, and psychiatric malpractice: A response to Klerman's indictment of psychoanalytic psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 419-427.

对有轻生心理来访者的处理风险 5

⊙ 丹娜·罗伊·比格尔(Dana Royce Baerger)

在美国,自杀是死亡的第九大原因,是15～24岁人群死亡的第三大原因(Moscicki,1997)。实验研究表明,20%的心理师和50%的精神病学家在他们的职业生涯中都会有一个来访者自杀身亡(Chemtob,Hamada,Bauer,Kinney, & Torigoe,1988;Chemtob,Hamada,Bauer,Torigoe, & Kinney,1988)。由于自杀会带来精神支柱的毁灭和家庭成员的内疚与愤怒,因此在对精神健康专家的诉讼中绝大部分都是关于自杀的。比如,分析一下在1980年到1985年间对精神病医师的反对意见,罗伯森(Robertson,1988)发现,大量的诉讼和最大量的金钱结算总数是与自杀有关的。其他评论员透露对于在“美国心理学会信任保障”中入保的心理师,在所有要求赔偿的事件中,来访者自杀排在第六位,而自杀已经是付出费用总额的第二大原因(Bongar,Maris,Berman, & Litman,1998)。随着对从业者治疗不当诉讼的数量不断增长,临床医生对自己被指控的担心也有差不多同比的增长(Hauser,Commons,Bursztajy, & Gutheil,1991)……

……

尽管对心理健康治疗不当起诉的现象突出,临床医生必须抵制采取防御性的临床措施以避免可能存在的法律诉讼,也就是说,临床医生要抵制对过分保守治疗的信任(如,非自主住院、不必要的药疗法、没有根据的身体约束),以使自己少受批评和指责(McQuade,1991)。就像戛舍尔(Gutheil,1992)曾经指出的:对于临床医生来说,远离自杀责任的最好方法就是在治疗过程中遵循一个可接受的治疗标准。常规门诊治疗的综合风险管理业务不仅可以减少对于治疗不当问题的忧虑和误解(Packman & Harris,1998),还可以预防承担自杀后责任的可能性(Gutheil,1992)……因为在危机的情况出现之前,应该选择一般的风险管理选项并具体化到行动,因此这篇文章为门诊和住院的临床医生提供了许多不同的方法以减少医生在治疗有风险的来访者时承担的风险责任……

……

心理卫生专业人员对治疗不当的责任

“治疗不当”指“专业人员的行为不当或者所必需的技术缺乏(Black,1990,

p. 959)。精神病学家、心理师和其他心理健康的专业人员在履行专业职责的时候必须依照规定责任的标准。按照法律规定,“规定责任的标准”指一个比较谨慎的人应该在相同或者相似的情况下责任的大小程度(Black,1990,p. 1405)。因此,对于医学的和临床的专业人员,这个标准就是在相同的范围内一种比较合理、比较常见的专业治疗方法。当专业人员没有根据多数专家所最常应用的技术和责任提供服务,这就违反了责任的标准(Matthews & Walker,1973)。如果因为没有按照责任的标准而导致了损伤,这就可以被看作是治疗不当。

……简单地说,要判断是不是疏忽,来访者应该看看其中是否有以下四个成分:1. 临床医生对来访者有照看的职责;2. 这个职责被临床医生所破坏;3. 来访者受到了损伤并应该因此得到赔偿;4. 来访者的损伤是由临床医生的行为直接导致的。

……

在来访者自杀的情况中有两大主要的法律问题,即预见性和因果关系(Simon,1988),也就是说,临床医生是否采取了有效的措施来保护来访者(Vande Creek et al.,1987)。预见性需要对来访者面临的风险有一个全面的测量;因果关系需要治疗的套路和基于风险测量的安全计划(Jobes & Berman,1993)。最重要的是,这些问题需要临床医生在对来访者个人面临的风险做较准确的测量时,运用他们已有的风险因素和诊断的知识。因此,对于自杀预见的失误不应该指责临床医生的疏忽大意,但没有做出合理全面的风险测量却是临床医生的责任。应用到实践中,临床医生必须有一两个步骤的测量过程,第一步测量来访者相对的自杀风险程度,然后实施一个治疗计划来减少或避免风险的发生(Packman & Harris,1998)。

常见失败的实例梗概和案例

邦戈尔等(Bongar et al.,1998)在门诊心理障碍患者的自杀事件中列举了12个常见的失败剧情梗概,这些剧情梗概也同样适用于住院心理障碍患者。最重要的是,这些剧情梗概代表了多种模式,在这些模式中临床医生在处理来访者风险水平时容易受到治疗不当的法律诉讼。以下列举了这些实例梗概:(1)没有让心理药理学适时地介入,或者进行了不适当的药物治疗;(2)没有明确说明住院治疗的各项守则或者没有实施住院治疗;(3)临床医生与来访者没有维持恰当的关系;(4)没有督导和会诊;(5)没有在量上测量自杀风险;(6)没有根据处理的转变来测量自杀风险;(7)没有保存先前治疗的记录和没有足够的历史记录;(8)没有进行心理状态的测验;(9)没有进行诊断;(10)没有制订一个正式的治疗计划;(11)没有保护环境;(12)没有充足的文件来记录临床诊断、合理性和观察数据。

[**作者注**]作者提出了5条建议,主要内容如下:(1)在量上,临床医生要对来访者做全面综合的检查;(2)如果来访者情况危险,应该谨慎考虑住院治疗,只有制订了综合的安全计划,才能决定是否取消住院治疗;(3)对于来访者在特殊的应急状况下的风险水平,临床医生要对其重新审视;(4)临床医生要做准确的记录,包括解释重要治疗的过程、清晰地描述风险门诊、心理障碍患者不接受住院治疗的原因以及让风险住院心理障碍患者出院的原因;(5)在治疗时,临床医生要特别警惕风险

心理障碍患者的自杀,包括合适的地点,在安全和出院计划中要涉及来访者的家人和朋友。下面将论及伦理方面的问题。

……

当然,伦理上,临床医生有责任对与来访者之间的谈话进行保密,但这与上文提到的法律上的职责相违背;反过来,保密原则对一个好的配合工作来说是必须的,法律的职责也与其冲突。如迪(Rudd)和他的同事们(Rudd, Joiner, Jobes, & King, 1999, P. 441)认为,这是风险心理障碍患者治疗过程中天然存在的"生和死"的"悖论"。有关心理健康治疗保密性的详细讨论已经超出了这篇文章所涵盖的范围,但必须清楚保密性并不是绝对的。在某些情况下,破坏保密性也是符合法律和伦理道德的(Bongar, 1991)。

危急自杀就是其中一种情况。实际上,在法律上一直认为临床医生在某些情况下破坏保密性是合理的,最常见的两种情况是:为了维护公众利益(如,有些情况可能对其他人造成伤害);为了来访者的个人利益(如,自残的情况)。因此,临床医生对来访者的法律职责基本上构成了一项等级制度,说明有一些责任是要优先承担的。要按照次序履行所有合理测量的职责,防止避重就轻,造成事故。

在实践中为了处理这种两难境地,如迪和他的同事们(Rudd et al., 1999)认为要对自杀来访者强调知情同意在治疗和法律上的益处。实际上如迪和他的同事们认为知情同意是对治疗中保密性和安全性"基本规则"理解的基础。他们建议临床医生要详细地与自杀来访者探讨与治疗相关的所有细节,包括治疗的备选项和目标、治疗的持续时间和强度、保密限制(对于门诊心理障碍患者来说还包括住院治疗)、可能出现的紧急情况及应急方法,从而为来访者提供与治疗参数相关的所有重要信息。就像作者提到的,一旦"一个潜在的自杀来访者已经被告知保密性的法律参数和生命安全的重要性,他们就能够信任临床医生为他们制订了一个合适的治疗方案"(Rudd et al., 1999, p. 441)。

结　论

……

处理自杀心理障碍患者与处理其他心理障碍患者一样,"必须以首先保护来访者的福祉"(Bongar et al., 1998, p. 28)为指导准则。照顾到来访者的福祉是临床医生得到信任的强有力的证据,即使结果是糟糕的(Hoge & Appelbaum, 1989)。也许预防心理障碍患者自杀的最好方法是有一个固定的治疗团体,临床医生可以在治疗中使心理障碍患者产生求生的欲望。正如一位评论者所说的,"我们不能因为害怕法律诉讼而剥夺了心理障碍患者生存的权利"(Rachlin, 1984, p. 306)。

评论:

Packman et al. (2004) 除了提供相关案例的综合性摘要,还提供了一些关于管理自杀风险的建议:(a)保持良好的记录;(b)与同行商议;(c)法律和伦理责任知识的储备;(d)影响自杀风险因素知识的储备;(e)风险的彻底评估;(f)收集具有重大历史意义的资料,比如,过去自杀的尝试和观念;以及(g)关

于处理自杀问题自我能力的认知。

Packman, W. L., Pennuto, T. O., Bongar, B., & Orthwein, J. (2004)。Legal issues of professional negligence in suicide cases. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 679-713.

关于处理有自杀倾向的当事人,补充关于法律、伦理和资格认证问题的相关书籍:

Bongar, B. (2002) *The suicidal patien: Clinical and legal standards of care* (2nd ed). Washington, D. C: American Psychological Asslciation.

Judge, B., & Billick, S. B (2004) Suicidality in adolescence: Reviwe and legal consideration. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 681-695.

Paclman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B., & Pennuto, T. O (2004) A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.

Pope, K., & Vasquez, M (1991) Ethics in psychotherapy and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 351-358.

多产的令人尊敬的作家邦加(Bongar)在自杀干预问题上说道:"我相信临床医生有职业责任采取恰当且确信的措施去阻止他们的病人伤害自身。"(p. 83). Bongar, B. (1992) The ethical issue of competence in working with the suicidal patient. Ethics & Behavior, 2, 75-89. 关于这个问题邦加(Bongar)以及大多数的作者倾向于采取善行——家长式作风模式来治疗有自杀倾向的当事人。这与在前面摘要部分讨论到的案例法一致吗? 2002 年的伦理法规中是否有法律准则和条款允许治疗师服从其当事人死亡的愿望的吗?

米萨拉(Mishara)和威斯图伯(Weisstub)(2005)确定了三种关于自杀立场的宽泛分类:(a)道德家立场坚持这种观念:"自杀是不能被接受的,并且人有种普遍的责任去保护生命(p. 25);(b)自由论者的观念强调:"个人有权选择生或者死的自由"(p. 25);(c)相对论者尝试着评估自杀的伦理性"建立在时代背景和文化因素或者对行动或者不行动的结果的预期上"(p. 26)。Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 23-41. 也见 Szasz, T. (1968). The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41, 806-812.

参考文献

Black, H. C. (1990). *Black's law dictionary*. St. Paul, MN: West.

Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bongar, B., Maris, R. W., Berman, A. L., & Litman, R. E. (1998). *Outpatient standards of care and the suicidal patient*. In B. Bongar, A. L. Berman, R. W. Maris, M. M. Silverman, E. A. Harris, & W. L. Packman (Eds.), *Risk management with suicidal patients* (pp. 4-33). New York: Guilford.

Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G. B., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrises. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224-228.

Chemtob, C. M., Hamada, R. S. Bauer, G. B., Torigoe, R. Y., & Kinney. B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 416-420.

Gutheil, T. G. (1992). Suicide and suit: Liability after self-destruction. In D. Jacobs (Ed.), *Suicide and clinical practice* (pp. 147-167). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hauser, M. J. , Commons, M. L, Bursztajn, H. J. , & Gutheil, T. G. (1991). Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making. In T. G. Gutheil, H. J. Bursztajn, A. Brodsky, & V. Alexander(Eds.), *Decision making in psychiatry and the law* (pp. 209-226). Baltimore: Williams & Wilkins.

Hoge, S. K. , & Appelbaum, P. S. (1989). Legal issues in outpatient psychiatry. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (2nd ed. , pp. 605- 621). Baltimore: Williams & Wilkins.

Jobes, D. A. , & Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability. Assessing and revising policies, procedures, and practice in settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 91-99.

Matthews v. Walker, 34 Ohio App. 2d 128, 296 N. E. 2d 569(1973).

McQuade, J. S. (1991). The medical malpractice crisis—Reflections on the alleged causes and proposed cures: A discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *84*, 408-411.

Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factor using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, *20*, 499-517.

Packman, W. L. , & Harris, E. L. (1998). Legal issues and risk management in suicidal patients. In B. Bongar, A. L. Berman, R. W. Maris, M. M. Silverman, E. A. Harris, & W. L. Packman (Eds.), *Risk management with suicidal patients* (pp. 150-186). New York: Guilford.

Rachlin, S. (1984). Double jeopardy: Suicide and malpractice. *General Hospital Psychiatry*, *6*, 302-307.

Robertson, J. D. (1988). *Psychiatric malpractice: Liability of mental health professionals.* New York: Wiley.

Rudd, M. D. , Joiner, T. E. , Jobes, D. A. , & King, C. A. (1999). The outpatient treatment of suicidality: An integration of science and recognition of its limitations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *30*, 437-446.

Simon, R. J. (1988). *Concise guide to clinical psychiatry and the law.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

VandeCreek, L. , Knapp, S. , & Herzog, C. (1987). Malpractice risks in the treatment of dangerous patients. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice. 24.* 145-153.

婚姻和家庭治疗中的伦理和法律问题 6

⊙ 盖拉·玛格林(Gayla Margolin)

责 任

治疗者的主要职责是保护心理失调患者的权利并为这些个体谋求最大福祉。对于许多心理失调患者来说存在这样一种两难状况,在某些情况下一种保护他们福祉的干预可能会与另一种冲突。实际上家庭寻求治疗的真正原因是他们的目标和兴趣相冲突……

家庭治疗师必须确保对一个家庭成员状态的改善不能以牺牲另一个家庭成员为代价……家庭治疗师很明确的义务就是为每一位家庭成员谋求福祉,这也是家庭治疗师与个人心理治疗师的区别所在……

面对家庭成员之间的冲突,要想进行建设性的治疗,治疗师应该将整个家庭系统而不是某个成员作为“一位心理失调患者”。治疗师是整个家庭的拥护者而不是某个家庭成员的代理人。假设一个成员的改变会影响另一个成员,整个系统的拥护者也应该确保所有问题的界定和改变的计划是基于整个家庭背景的……如果家庭成员被告知治疗者的角色是整个系统的拥护者,他们基本上会对这一点表示理解和接受,尽管在某些时候他们仍然请求治疗师成为个人的同盟……

这里有一些案例,治疗师作为整个关系系统的拥护者,不建议改变互动模式。韦斯和比尔切尔(Weiss & Birchler,1978)指出如果夫妻的一方寻求治疗是为了摆脱家庭关系或者减轻提出分离的压力,那么一个治疗整体只是在表面上以改善关系为目标,是达不到治疗效果的……相似的,如果真实的目标是改变某个家庭成员的习惯(比如减少父亲的酗酒或者是孩子更听话),那么治疗关系就仅是一个伪装。在这些案例中,如果错误地认为个人的目标可以与其他成员相互作用,那么他最后会觉得被治疗师和其他家庭成员欺骗。

最后,再谈谈临床的相关问题,对于个人福祉超过关系问题的情况,法律有相关的规定,这方面的规定适用于家庭成员之间存在身体暴力的情况。有关虐待儿童的法律规定要求治疗师在怀疑儿童遭受虐待的时候通知权威部门,而不去管治疗团队与其他家庭成员之间的关系。尽管法律对夫妻双方的暴力行为没有做很明确的规定,主要的目标仍然是减少身体伤害的危险。如果不能在联合疗法的背景下认识治

疗目标,那么治疗师有责任放弃关系拥护者的角色来帮助受到威胁的来访者寻求保护(Margolin,1979)。

保　密

……

如何将保密的实践标准从传统的双向的来访者—治疗者的关系转换到包括整个家庭成员的治疗关系中?对此有两种不同的观点。一种观点认为将家庭成员看作不同的个体而对每一个人的情况进行保密,也就是说私人会诊、电话联系、书面材料是不能泄露给其他家庭成员的。事实上,有一些治疗师乐于对不同的家庭成员进行个别会谈来获得一些“秘密”,以更好地了解家庭成员之间到底发生了什么,然后治疗师与每个成员单独交流以使在家庭治疗阶段每个人所提供的信息都是一致的。然而如果这样的操作失败了,治疗师就要维护来访者个人的隐私,而不理会各成员之间得到的信息是否一致。

另一些治疗师认为家庭成员之间没有秘密。他们公开地提倡分享任何信息,这些信息可以从个人指向特殊的联盟,也让家庭成员了解之前不清楚的信息。传统的观点认为为来访者保密是整个治疗有效性的关键因素,而这种方法与之不同,基本上不允许成员个人与治疗者之间存在秘密。运用这种方法的治疗师基本上会回避成员个人的隐私,也反对单独会诊。然而这种保障措施证实了个人隐私分享程度的不足。只有治疗师直截了当地告知来访者治疗的方案,企图透露个人信息的来访者才会知道该怎样做。

还有一个折中的方法。治疗师不会将在个人会诊时间所分享的信息当做秘密,而是指出:(1)基本上保密条件总是不适用的;(2)来访者有权利要求将某些特殊的信息保密,治疗师要答应这样的要求;同样地,必须认识到的是那些不承诺保守秘密的治疗师实际上是希望不泄露某些信息。比如夫妻一方有了婚外情,尤其是婚外情已经在很久之前就结束了,这时许多治疗师觉得分享这样的信息是不必要的,也是不明智的。如果在表达中家庭成员个人的隐私没有得到保护,治疗师应该避免暗示他(她)想隐瞒任何事情。除非之前有相关的法律规定,泄露个人信息是治疗师的个人决定,而并不是他们的责任。

当治疗安排有变动的时候,保密性问题就复杂化了,比如,婚姻治疗代替个人治疗。对于个人治疗期间获得的信息治疗师将怎样处理呢?一种可能是当必要的时候征得个人同意,在联合治疗过程中使用这些信息。然而,如果来访者个人不同意,就必须对这些信息进行保密,但在联合治疗过程中不想存在个人隐私的治疗师并不希望这样……

和个人治疗一样,来访者必须被告知保密限制,这在家庭治疗中尤为重要,因为保密限制及相关要求基本上是治疗师的自由选择。在获得任何信息以前,那些不准备保护隐私的治疗师必须将治疗方案告知来访者。否则,来访者尤其是那些之前接受过个人治疗的来访者,会认为自己所说的话是对家庭其他成员保密的。那些保护个人隐私的治疗师也应该将治疗方案告知来访者,这样家庭成员就不会试图从治疗师那里获得其他家庭成员的信息。

尽管有关于是否保护隐私的两种选择都是符合伦理道德的，它们却有着不同的临床内涵。在某些情况下，严格保护某个人的隐私就限制了治疗师对其他成员的选择，例如妻子发现了丈夫有婚外情而进行婚姻治疗，除非丈夫结束婚外情并保持性的忠诚度，否则妻子坚决要求离婚，妻子并不会试图给他们的婚姻关系最后一次机会，尽管丈夫开始时答应这个条件，但是几个月后，丈夫会向治疗师透露他又重新开始了那段婚外情，丈夫极度害怕妻子离开自己，所以拒绝在联合治疗阶段泄露这个信息。

治疗师该怎样做？如果之前承诺了保密原则，那么是否透露这些信息对于妻子是否坚持治疗、是否维持婚姻是十分重要的。如果妻子得知了婚外情，那么她会认为治疗师偏向丈夫而不顾自己的福祉，并指责治疗师是为了个人的收益而让自己接受治疗的。即使治疗师结束治疗也要给妻子解释丈夫的隐私是受到保护的。即使治疗师可能认为公开地处理丈夫的行为可能会有长远的治疗效果，但这样的行为只有在侵害了丈夫隐私的情况下才能做到。

没有答应保密原则的治疗师会有更多的治疗选择，因此必须谨慎地考虑来访者的治疗情况。在以下这些条件下，治疗师为丈夫的婚外情保密是合适的：(1)妻子明确表示不要求了解与丈夫相关的事情；(2)婚外情对治疗的进程没有影响；(3)婚外情已经结束了，因此治疗师的行为不能看作是鼓励丈夫的行为。然而，在这样的案例中，妻子已经很明确地表示除非丈夫在性方面对自己忠诚，否则不会相信丈夫，如果公开讨论丈夫的婚外情，那么妻子将会对丈夫下最后通牒。这样的讨论将导致关系危机，无法预期长远的效果。夫妻一方或者双方可能获得他们需要的信息，但最后会离婚。还有一种情况，即使夫妻对忠诚有不同的价值观，但夫妻间可以达成一种默契。例如，丈夫同意结束一段长时间的婚外情，但并不承诺在性方面对妻子忠诚；而对于妻子来说，只要没再出现婚外情就不要在性忠诚方面对丈夫下最后通牒。

如果夫妻没有向治疗师说明保密原则，那么治疗者的境地就非常尴尬。在这种情况下，夫妻对保密性可能有不同的预期，比如，丈夫认为仍然会保护个人隐私，而妻子认为在婚姻治疗中没有个人隐私。夫妻俩都不知道保密限制，也不知道可以决定是否接受这些限制……

这个案例说明了治疗师有关保密的立场对于如何进行婚姻治疗是十分重要的。保护个人隐私，否则有些信息治疗师不容易获得。然而治疗师对这些信息的选择是十分有限的，夫妻可能会觉得从一个家庭系统的角度来看，这些信息对治疗是没有什么好处的。另一方面，在联合治疗阶段允许讨论某一方不想公开的个人隐私对夫妻双方来说可能是危险的(比如没有个人倾诉的安全环境)，同样对治疗师也是危险的(比如治疗师可能得不到某些重要信息)。然而一旦了解这种情况，个体透露个人隐私是希望得到治疗师的指引，知道怎样与另一半商讨十分困难的主题……

当治疗师单独与孩子进行谈话时也会出现保密问题，保密的伦理标准将儿童来访者与成年来访者同样看待，在某些情况下，父母有权利检查治疗师的记录，但法律上没有权利要求治疗师向他们透露相关信息。在儿童治疗中，治疗师最重要的目标是保护儿童的权利，尤其是那些不了解也不会保护自己权利的儿童。其次重要的是，治疗师必须对那些有私心的父母非常敏感，因为他们的帮助和支持对于整个儿

童治疗的效果起十分关键的作用。究竟儿童阶段的什么信息可以与父母分享，这需要在儿童治疗开始之前，治疗师要与儿童和其父母就此问题达成一致，应该确认保密限制。比如，儿童可以要求某些信息对父母保密吗？还应该建立反馈系统，比如治疗师多久约见一次家长？孩子出席治疗师与家长的会谈吗？确定了这些问题，治疗师应该知道家庭成员不要要求儿童说出在个人阶段所提供的信息……

来访者特权

……

在许多时候，特权被错误地定义为在治疗中同时有两个或者多个来访者的情况。当特权仅仅包括交流的信息是保密的，问题就出现了，另一个家庭成员的声明是否确实是保密的？特权是否包括来访者之间的交流。某些状况下，那些在心理干预谈话中起辅助作用的人、谈论保密信息时在场的人也都享有特权（比如护士、技术员），对于特权法规有一个合理的解释，即家庭成员（或者群体成员）是治疗师的代理人（Bersoff & Jain，1980）。然而就这一问题缺少权威的法律规定，治疗师就不能假定现在的特权法规可以保护发生在家庭治疗过程中的交流信息。现在法律对此问题的看法并不一致，所以，治疗师应该与家庭成员对此有清晰的认识并达成共识，比如可以达成这样一个协议：家庭成员不能要求治疗师在诉讼中作证。

知情同意和拒绝治疗的权利

……

有关知情同意的最新观点（Everstine et al.，1980；Hare-Mustin et al.，1979）认为，在治疗之前应该向来访者提供以下几类信息：（1）对治疗过程和治疗目标的解释；（2）治疗师的职责和职业资格；（3）预期可能发生的不适和风险；（4）预期的合理结果；（5）可以达到近似效果的治疗的其他备选方案；（6）对于来访者对治疗过程的疑问，治疗师声明可以随时解答；（7）来访者可以随时反悔，可以随时要求停止治疗或者测验。

每一项准则对于婚姻和家庭治疗也是适用的。比如（3）和（4），与个人治疗相比，家庭治疗所需要关注的风险和效果是不同的。因为与个人治疗相比，每个家庭成员对家庭治疗的最后结果更不易控制，来访者应该知道婚姻或家庭治疗的结果可能是另一个成员不愿意接受的，比如离婚或者向其他家庭成员妥协。

与家庭治疗相比，个人治疗的数据资料对（5）更重要，尤其是对那些想改善婚姻家庭关系的来访者和想寻求个人保护的来访者。根据戈尔曼和克尼斯肯（Gurman & Kniskern，1978）的观点，尽管婚姻治疗存在风险，但婚姻问题的个人治疗风险更大：婚姻问题的个人治疗只在不到一半的来访者中有效，而夫妻双方共同参与的治疗对三分之二的来访者都有效……

在许多家庭中普遍存在的问题是，家庭成员对于治疗的热切程度不一致，这就出现了自愿参加的问题。很明显，其他家庭成员或者治疗师强制那些不情愿的个人加入治疗是不符合伦理道德的；然而，治疗师可以强烈建议不情愿的成员加入治疗，

哪怕只是一个阶段，这样治疗师可以了解自己可以为这个家庭做些什么。治疗师也要关注成员不愿意接受治疗的原因，比如感到受到威胁。为了弄清楚某个成员是否加入治疗，治疗师应该确定每个人被要求加入的程度，比如，是否需要某些人作为观察者而加入治疗过程，了解治疗过程以防阻碍治疗的进展。治疗师也要向不情愿的成员说明，如果其他家庭成员都愿意加入而不顾某个人的缺席，家庭作为一个整体就会有变化。

存在一种潜在的来源强迫自愿参加，这就是治疗有相关的规定，除非所有家庭成员都在场，否则不能见到家庭成员。其他成员不接受治疗仅仅是因为某个成员不愿意加入吗？某个成员选择结束治疗就意味着所有成员都必须停止治疗吗？为了避免让一个人的意愿阻碍其他人的治疗，那些要求整个家庭都接受治疗的治疗师应该让家庭成员了解有些治疗师不要求家庭成员全部参加治疗，此外，治疗师还要制订一个可实施的转介应对办法的目录……

儿童的同意权

近年来越来越多的人认为儿童对接受心理治疗应该行使他们的同意权。一般来说，父母或者法律监护人有责任为儿童提供治疗的同意权（Morrison，Morrison，& Holdridge-Crane，1979）。但也有例外，在某些国家规定青少年有权利获得性知识、流产、药物咨询。对于法律对儿童的限制，心理社区有必要让儿童了解有关知情同意的问题。有些儿童形成了一个消费群体已获得特别的保护，治疗师要对这些儿童十分敏感，因为即使是那些很有意向的家长有时候也不清楚怎样做才会对孩子最好。建议请一名相关方面的专业人士，探寻并保护儿童来访者最大的兴趣，尤其是当儿童坚决反对治疗的时候（Morrison et al.，1979）或者当儿童没有能力做到完全没有压力的同意（Koocher，1976）。

从即将接受治疗的儿童那里获得知情同意权的合理性至少与参加研究一样具有强迫性。因为心理治疗的效果依赖于治疗师与来访者之间的信赖关系，所以有必要说明治疗的过程，让儿童参与决定权，这有助于努力配合治疗（LoCicero，1976）。用简洁的语言向儿童描述治疗过程并就此向儿童提问，这样家长和治疗师就可以了解儿童对于将要进行的治疗了解到什么程度。有些儿童缺乏经验或者缺乏经验智力，因而不能权衡知情同意的利与弊，不能强迫这些儿童签署书面的知情同意（Levy & Brackbill，1979）。然而即使是没有正式同意的部分理解也比没有任何解释就进行治疗要好……

治疗师的价值观

治疗师价值观对治疗过程的影响作用是不可避免的，治疗师的价值观在婚姻和家庭治疗中起着十分重要的作用……

对家庭的保护

对于夫妻应该分离还是应该离婚，治疗师可以表达个人意见，然而应该表达到什么程度呢？美国婚姻与家庭协会的专业准则就此问题作了规定，“无论什么情

况，治疗师应该很清楚地告知来访者，选择分离还是离婚是来访者独有的责任”（AAMFT，1979）。尽管有相应的规则，但付诸于实践却是困难的。婚姻治疗的其中一个作用就是帮助痛苦的夫妻决定是否继续生活在一起。事实上，大多数夫妻在接受婚姻治疗之前就已经考虑分离或者离婚了，一些夫妻寻求帮助就是为了做出这个决定。这些夫妻“主要受治疗师的影响，对于治疗师提供的有关于分离还是离婚的线索十分敏感”（Jacobson & Margolin，1979，p. 335）。

对于夫妻俩是否应该仍然生活在一起的问题，尽管几乎没有治疗师拒绝谈论，但怎样与来访者分享这些观点才可以让治疗师感到自在，这里是有一些重要变异性的……

许多治疗师赞同向来访者清楚地表达自己的观点，并告诉来访者这仅仅是个人观点，而不是专业技能的体现（Gurman & Klein，1981；Halleck，1971）。可能这样来访者可以更好地选择有多少受治疗师观点的影响，有多少是自己的意愿而与治疗师无关……

婚外情

……

如果夫妻一方最近有了婚外情，这会改变治疗的进程吗？那些认为不会的治疗师经常将治疗重点放在对主要关系的改进上，主要关系改善了，那么其他关系也就显得不那么重要了。少数治疗师甚至还鼓励夫妻的一方开始或者继续婚外情，这有利于个人的幸福，甚至有助于关系的改善……

然而，提倡来访者的婚外情也有潜在的弊端。首先，即使是婚外情对一方有益，对另一方也会造成伤害；其次，如果一个人将精力分散到两段关系里，那么针对一种关系的治疗往往是没有效果的……

另一种观点是积极地阻止婚外情的发生或者在条文中规定在治疗之前必须结束婚外情（Ables & Brandsma，1977；Jacobson & Margolin，1979）。与其说是符合伦理的不如说是有全局战略的，这种观点认为，婚外情使夫妻双方没有足够的精力投入到夫妻关系的改善中来，这样可能会导致治疗过程的停止或者破坏。尽管普遍都赞同这种观点，与其说是经验性的结论，不如说是体现了专业人员的价值观。这种观点对治疗的好处是促使婚外情的结束，因为婚外情的结束是夫妻对改善关系愿望的表达。然而，缺点是夫妻一方可能会因为担心不能接受治疗而隐瞒婚外情的事实……

性别角色

治疗师不能试图去影响或者改变性别角色一致性的家庭定义，但治疗师应该在多大程度上予以接受呢？对这一问题最新的研究结论表明，婚姻和家庭治疗总是倾向于按照性别角色的固定模式来进行治疗，并在这方面有加强的趋势（Gurman & Klein，1981；Hare-Mustin，1978）。有一些性别歧视基本上是心理治疗的特征（美国心理学会有关性别偏见和性别角色固定模式的研究，1975），家庭治疗师经常会有以下偏见：（1）认为维持一个婚姻对女人来说是一个比较好的调节；（2）相对于男人的职业，治疗师对女人的职业显示出更少的兴趣和更小的敏感度；（3）坚信抚养孩子

是女人的职责,因此孩子出现的问题往往被认为仅仅是母亲的责任;(4)对于妻子对丈夫婚外情的对抗显示出双重标准;(5)更多地遵从丈夫而不是妻子的意愿。

如果一个家庭要求达到的治疗目标在治疗师眼中是存在性别偏见观念的,这时治疗师该如何回应?如果试图对来访者要求的目标保持不评价的态度,那么治疗师就是有意地强化了这种性别歧视的态度。但是如果试图让他们以平等主义为目标,那么治疗师可能挫败了家庭成员的目标,也使那些在人际交往中以传统角色为乐的个体彼此疏远了(Hare-Mustin,1978)……

有些时候妻子对传统的性别角色提出挑战,而丈夫似乎是一个不太好对付的存在性别偏见的人,这时治疗师就陷入了更加难对付的两难境地。只要治疗师将丈夫的性别歧视主义当作问题,哪怕只是私下里这样做,那么也违背了婚姻治疗的指导原则——每一个人都要来平衡整个联盟,试图理解每一个人对此问题的看法。需要弄清楚的是对于角色的冲突是否反映出在思想立场上十分大的不一致,思想立场的不同是否被关系问题加剧了;也就是说,妻子的要求威胁到了丈夫,丈夫对自己的立场变得十分坚定,这就使妻子产生了更多要求,如此循环……

应忽略性别角色问题导致性别角色不平等加剧的风险,建议家庭治疗师站在传统的角度来审查治疗目标,而不是站在非传统的角度。治疗师也应该检查自己的行为,不应该出现那些隐含着丈夫和妻子是处于不同的角色和地位的不明智的评论和疑问……最后,治疗师也应该意识到自己关于性别角色的立场,以避免将自己的立场强加于某个家庭,或者从自己原来对家庭功能的预期来评定某个家庭……

评论:

为了处理婚外情这个问题(个人和夫妻双方的治疗),请参考 Snyder, D. K., &Doss, B. D. (2005) Treating infidelity: Clinical and ethical directions. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, *61*, 1453-1456. 正如他们说的那样:处理婚外情问题在临床上和伦理上存在特殊的挑战。在这些挑战中应该确定这些问题:专业能力;处理多样化的当事人、政策以及保密性原则的限制问题上固有的矛盾;以及澄清隐含价值观的责任。(p.1453)

也见 Schneider, T. P., & Levinson, B. (2006) Ethical dilemmas related to disclosure issues: Sex addition therapists in the trenches. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *13*, 1-39.

对 1992 以前的伦理法规有个批评:忽略了婚姻、家庭和小组治疗的问题。2002 年的法规包括一项新的条例 10.03(小组治疗),要求组织小组的心理学家叙述所有成员的角色和责任以及保密原则的限制性。参考 10.02(涉及夫妻和家庭治疗)对 1992 年版法规中 4.03 的小幅度调整。

拉肯提出了一个以前较少提及的问题:

法规(1992)没有直接提出一个很重要的伦理问题,同时很少有从业者关注过这个问题,即,组合单个来访者或者病人并且在定期的基础上增加小组会期……(从业者)没有看到被同一个治疗师同时治疗以及很复杂的治疗关系,保密性也受到了损害,并且成为最让人头疼的问题,在谈及他们自己的时候是受到金钱的刺激。(p.346)

Lakin, M. (1994) Morality in group and family therapics: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 344-348. Has this problem been rectified in the 2002 Code?

其他以婚姻为难题的小组治疗,

参考：

Corey, G., Williams, G. T., & Moline, M. E(1995).

Ethical and legal issues in group counseling. *Ethics & Behavior*, *5*, 161-183.

Hansen, J. C., Green, S., & Kutner, K. B. (1989). Ethical issues facing school psychologists working with families. *Professional School Psychology*, *4*, 245-255.

Lakin, M. (1986) Ethical challenges of group and dyadic psychotherapies: A comparative approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*, 454-461.

Patten, C., Barnett, T., & Houlihan, D. (1991) Ethics in marital and family therapy: A review of the literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, *22*, 171-175.

Piercy, F. P., & Sprenkle, D. G. (1983). Ethical, legal, an professiona issues in family therapy: A graduate level course. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*, 393-401.

有些论文支持前面摘要的观点：治疗师应该争取孩子们的同意参加到家庭治疗中来。参考：Miller, V. A., Drotar, D., & Kodish, E. (2004) Children's competence for assent and consent: A review of empirical findings. *Ethics & Behavior*, *14*, 255-295.

关于为孩子们提供治疗的相关文章如下：

Aquino, A., & Lee, S. (2000). The use of nonerotic touch with children: Ethical and development considerations. *Journal of Psychltherapy in Independent Practice*, *1*, 17-30

Jackson, Y. (1999) Applying APA ethical guidelines to individual play therapy with children. *International Jounal of Play Therapy*, *7*(2), 1-15.

Yanagida, E. (1998). *Ethical dilemmas in the clinical practice of child psuchologu. In R. Anderson, T. Needels, & H. Hall (Eds), Avoiding ethical misconduct in psychology specialty areas* (pp. 47-77) Springfield, IL.; Charles C Thomas.

关于孩子们的普通伦理问题，一篇提供信息的文章：参考 Koocher, G., & Keith-Spiegel, P. (1990). *Children, ethics, and the law. Lincoln*; University of Nebraska Press.

参考文献

Ables, B. S., & Brandsma, J. M. (1977). *Therapy for couples.* San Francisco: Jossey-Bass.

American Association for Marriage and Family Therapy. (1979). *Code of professional ethics and standards for public information and advertising.* Upland, CA: Author.

American Psychological Association Task Force. (1975). Report of the Task Force on Sex Bias and Sex-Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice. *American Psychologist*, *30*, 1169-1175.

Bersoff, D., & Jain, M. (1980). A practical guide to privileged communication for psychologists. In G. Cooke (Ed.), *The role of the forensic psychologist.* Springfield, IL: Charles C Thomas.

Everstine, L., et al. (1980). Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist*, *35*, 828-840.

Gurman, A. S., & Klein, M. H. (1981). Women and behavioral marriage and family therapy: An unconscious male bias? In E. A. Blechman (Ed.), *Contemporary issues in behavior modification with women.* New York: Guilford.

Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.

Halleck, S. L. (1971). *The politics of therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Hare-Mustin, R. T. (1978). A feminist approach to family therapy. *Family Process*, *17*, 181-194.

Hare-Mustin, R. T., Maracek, J., Kaplan, A. G., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients,

responsibilities of therapists. *American Psychologist*, *34*,3-16.

Koocher,G. P. (1976). Civil liberties and aversive conditioning for children. *American Psychologist*, *31*,94-95.

Levy, C. M., & Brackbill, Y. (1979, March). Informed consent: Getting the message across to kids. *APA Monitor*,pp. 3;18.

LoCicero, A. (1976). The right to know: Telling children the results of clinical evaluations. In G. Koocher(Ed.), *Children's rights and the mental health profession.* New York: Wiley.

Margolin, G. (1979). Conjoint marital therapy to enhance anger management and reduce spouse abuse. *American Journal of Family Therapy*, *7*, 13-23.

Morrison,K. L.,Morrison,J. K., & Holdridge-Crane, S. (1979). The child's right to give informed consent to psychiatric treatment. *Journal of Clinical Child Psychology*, *8*,43-47.

Weiss,R. L., & Birchler,G. R. (1978). Adults with marital dysfunction. In M. Hersen & A. S. Bellack(Eds.),*Behavior therapy in the psychiatric setting.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Yoell,W.,Stewart,D.,Wolpe,J.,Goldstein,A., & Speierer, G. (1971). Marriage, morals and therapeutic goals: A discussion. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*,*2*,127-132.

在农村和郊区团体的伦理实践的国际调查

7

◎ 克瑞格·M. 黑伯克，罗伯特·P. 玛里内里和理查德·T. 沃斯
（Craig M. Helbok，Robert P. Marinelli，and Richard T. Walls）

农村的心理师会比他们郊区的同行遇到更多的伦理两难问题吗？最新的研究表明在农村和郊区，伦理实践存在潜在的不同。目标是弄清楚在农村实施心理咨询是否会出现独特的伦理问题。许多之前农村实践的资料已经变成趣闻。我们的目标是通过收集农村实践的第一手数据来量化不同团体的差异。

因为在农村团体中人口密度小、居住位置分散，所以可能出现伦理问题或者伦理两难问题。农村团体与正式或者非正式的社会和政治单位系统有多方面的联系（Hargrove，1986）。团体成员之间互相依赖、比较复杂，可能还有比较深的历史、社会、政治、家族根源（Hargrove，1986；Sundet & Mermelstein，1983）。在团体中成员往往有许多不同的角色，他们互相依赖，也有亲属关系，他们更愿意自己来解决自己的问题，而不会相信外人（Stockman，1990）。与郊区相比，农村资源稀少、物价高、缺少就业岗位、缺少高等正规教育、文盲率高、没有充足的医疗服务、有限的保险覆盖率、残障率高、几乎没有心理健康资源……在这里居住的人们不大会寻求心理健康服务，因为他们觉得那样是耻辱的，而且他们也不理解这样的服务是必须的（Cook，Copans，& Schetky，1998；Stockman，1990）。

有大量证据表明，农村比郊区有更多的社会和健康问题（Wagenfeld & Buffum，1983）……在过去的20年里，农村的自杀率比郊区高；农村比郊区有更多的慢性病、酒精滥用和残障问题（Roberts et al.，1999；Wagenfeld，1988）。

许多心理师接受的是郊区模式的心理学培训，他们在郊区的大学中进行研究并获得实践经验，那里有许多相关的服务设施……而农村地区普遍资源有限，这就需要心理师必须富有创造性、灵活多变，必须利用现有的自然资源，比如亲属群体、教堂，还有其他非专业性的支持（Reed，1992）。穆里和科勒尔（Murray & Keller，1991）认为"在文献资料中共同显示郊区模式的心理健康服务满足不了农村团体的特殊需要"（p. 225）……农村的心理服务者经常感到他们所学的那些伦理规则、课本知识和其他文献资料都是以郊区环境为基础的，与文化不相协调，所以对他们的工作并没有什么帮助（Roberts et al.，1999）。农村实践是否不同于郊区实践是一个经验主义问题，希望我们的研究可以处理这个问题。

这个研究要探寻不同团体中实践的不同点，研究要以美国心理学会伦理准则

(APA,1992,2002)为背景条件。本研究要讨论的伦理问题包括多重关系、胜任力、耗竭、保密原则和可见度(农村团体的特征如何引起了这些问题?更详细的讨论可见于 Helbok,2003,and Barbopoulos & Clark,2003)。

……

伦理实践的研究

……

[编者注:作者调查了1 000名临床医生,其中郊区500名,非郊区500名,问卷回收率为44.7%。调查问卷中包括人口统计学项目和120个有关于心理学实践的问题。]

主要研究结果

……

以社区类型为自变量,多重关系为因变量进行多元方差分析,差异显著,$F(34,389)=3.521, p<0.01$。进一步的方差分析表明34个问题中,郊区、城市与小城镇、农村有19个问题差异显著。关于多重关系的题目和显著水平见表1。

……

以社区类型为自变量,以能见度为因变量进行多元方差分析,差异显著,$F(11,420)=8.91, p<0.01$。进行事后比较表明有9个问题是显著的(见表2)。和之前的预期一样,小城镇和农村中的心理师更倾向于认为他们自己一天24个小时都是心理师,更容易在社区中偶遇来访者,更会与来访者共同参加一项活动。这个结果也与对农村文献资料回顾的报告相一致,认为在农村社区中心理师必须被看作一个人,来访者尽可能多地了解心理师,不管心理师是否觉得这是合适的。

以社区类型为自变量,胜任力为因变量进行多元方差分析,差异显著,$F(34,384)=2.04, p<0.01$。与我们的预期相反,只有3个方差分析的结果是显著的(这些问题见表3)。之前我们预计,小城镇和农村地区的心理师,比较难胜任自己的工作,对于许多来访者他们会感到力不从心,然而事实并不是这样,至少通过对自我报告的分析是这样。尽管心理师并不认可那些关于他们自身胜任力的项目,但会更多地关注其他同行的胜任力情况,在不同类型的社区之间就是这样的状况。

以社区类型为自变量,耗竭情况为因变量进行多元方差分析,差异显著,$F(26,404)=1.67, p<0.05$。只有两个方差分析的结果是显著的,见表3。与预期相反,小城镇和农村地区的心理师对预示耗竭的项目并不认可。事实上,不管是什么地区的心理师,郊区、城市、小城镇、农村,他们认可某些项目,这些项目能够表明他们喜爱自己的工作,他们可以控制自己的工作环境,有自主性,他们的工作很专业,个人在工作中也很愉悦。城市中的心理师更多地会向其他心理师寻求咨询,但我们还不能确定这些是否与不同的价值体系和资源的可利用性有关。

以社区类型为自变量,自信为因变量进行多元方差分析,差异显著,$F(13,415)=5.79, p<0.01$。6个方差分析的结果是显著的,见表3。城市和郊区的心理师更多

地与朋友、同事和其他专家讨论自己的工作和来访者。在本次研究中，最后是一些开放性的问题，有一些被试强调，当与其他人讨论来访者时，他们不会使用与来访者的个人身份有关的信息。和预期一样，小城镇和农村的心理师更多地会与偶遇的人谈论来访者，除了来访者本人，这些偶遇的人会更多地得到关于来访者信息的原始资料。

……

最后，我们相信这项研究对非农村地区的心理师也是有意义的，比如，一些被试指出尽管他们在非农村地区，但仍会遇到这项研究中提到的一些问题：

> 尽管我的社区有50 000人，但仍是一个相当小的镇，我经常觉得我有无穷的胜任力确保边界不被破坏。有时候我觉得自己被社会群体所孤立，因为我不去参加社区活动，这样我就可以远离来访者而有更合理的思考。

另一种说法是，"你把我们的社区设定在郊区，而事实上我们离最近的城市也有两个小时的路程，这是一个典型的农村地区。我们详细说明潜在的冲突"。第三种说法，"尽管'我们的城镇'和周围地区有89 000人，但它不能被认为是城市……这是一个农村社区……双重关系是很难避免的"。

小社区经常存在于大社区之中，比如有一个被试表示，"这个项目会很容易让人误以为我们加入了小社区，比如同性恋者、犹太教徒、种族群体等"。另一位被试提到一些经验，包括在恢复性社区中工作、成为酗酒者匿名文化的一部分、应付以拥抱来表示友好的礼节。第三种说法是，"我之所以会在城市中的小社区是因为我的性取向，还有我在小社区工作，但社区中的人员数量相当于一个城市的人口数量"。另一名被试的主要工作在大城市中的聋人社区，他表示努力维持农村地区的边界与在有一定量人口的城市地区工作有相似性，这位心理师提到两点困难：一、由于来访者之间彼此熟悉，所以保守秘密就变得困难；二、一方面要让来访者了解心理师作为人的一面，以更好地被社区接受，另一方面又要尽量维护心理师的专业形象，这两者比较难平衡。

结　论

本研究的目的是从实证的角度来探讨在农村社区的心理学实践中是否存在独特的道德两难问题，结果表明，农村地区的心理师会更多地遇到特殊类型的道德两难问题，尤其是那些与多重关系有关的问题。农村地区的心理师也要努力保护来访者的隐私，努力解决农村中显著存在的问题，比如：让某些来访者过多地了解了心理师的私生活，这些潜在的道德两难问题很容易对临床实践和临床决定产生影响。我们认为很有必要为农村地区的心理师建一个论坛就他们实践中的问题进行讨论。

表1 社区:十分不同的多重关系问题

问 题	李克特度量						
	C	1	2	3	4	5	6
为你的朋友提供治疗	U	87.7	8.4	1.5	0.3	0	2.1
	S*	81.4	13.3	1.8	0.9	0	2.7
为朋友的亲属提供治疗	U	64.0	24.3	8.4	1.2	0	2.1
	S**	49.1	23.2	23.2	0.9	0.9	2.7
在缴纳会费的地方接受物资或者服务	U	85.9	9.0	2.4	0	0.3	2.4
	S*	70.8	20.4	3.5	0	0	5.3
从某个来访者工作的地方或者行业购买物资或者服务	U	43.4	35.9	16.2	1.5	0.9	2.1
	S**	11.5	27.4	33.6	14.2	9.7	3.5
在社区中与来访者共同工作(PAT,教会团体)	U	60.8	29.9	6.0	1.2	0.3	1.8
	S**	38.1	26.5	19.5	4.4	6.2	5.3
为来访者及其情人分别提供单独治疗	U	72.3	15.7	8.7	0.3	0.3	2.7
	S*	57.5	24.8	13.3	1.8	0	2.7
为你的朋友的孩子提供治疗	U	79.3	15.0	1.8	0.6	0	3.3
	S*	69.0	18.6	7.1	0	0.9	4.4
与曾经的来访者的父母成为社交中的朋友	U	86.5	10.8	0.9	0	0	1.8
	S*	71.7	18.6	3.5	0	0	6.2
两个来访者刚好彼此有联系	U	21.9	42.0	32.1	2.1	0.9	0.9
	S**	17.7	30.1	35.4	10.6	4.4	1.8
来访者和其某个亲属同时进行单独治疗	U	39.0	33.3	21.9	3.0	0.3	2.4
	S**	25.7	31.9	29.2	10.6	0.9	1.8
在参加聚会或者社交集会中遇到来访者	U	22.2	41.6	31.7	2.4	1.8	0.3
	S**	15.0	25.7	35.4	10.6	12.4	0.9
发现你的孩子和某位来访者或者来访者的孩子成为朋友	U	58.7	23.7	6.3	0.9	0.3	10.2
	S**	35.4	18.6	14.2	5.3	4.3	22.1
来访者之前与你有一些社会关系	U	77.8	17.7	3.3	0	0	1.2
	S**	54.0	34.5	8.0	0	0.9	2.7
借给来访者书籍或者其他个人物品	U	28.3	30.1	34.9	4.5	2.1	0
	S**	17.7	33.6	30.1	8.0	9.7	0.9
结束治疗后与某位来访者有社会联系	U	77.2	21.0	1.5	0	0	0.3
	S**	57.5	35.4	3.5	1.8	0	1.8

续表

问　题	李克特度量						
	C	1	2	3	4	5	6
在相同的社会领域中知道你的来访者的存在	U	46.1	33.1	15.7	2.1	0.6	2.4
	S**	33.0	34.8	19.6	6.3	3.6	2.7
为当前的来访者的朋友提供治疗	U	34.6	28.0	30.1	4.5	0.9	1.8
	S**	20.5	25.9	36.6	12.5	2.7	1.8
你的两个来访者互相讨论问题	U	35.4	43.2	17.7	1.8	0.3	1.5
	S**	23.2	36.6	31.3	5.4	1.8	1.8
向来访者购买物品或者服务	U	76.3	20.1	2.1	0.3	0.3	0.9
	S**	50.4	24.8	15.9	3.5	3.5	1.8

注释：C＝社区；1＝从未，2＝几乎不，3＝有时，4＝相当多，5＝常常，6＝不适用；
U＝城市或郊区，S＝小城镇或农村；
$^{*}p<0.05$. $^{**}p<0.01$.

表 2　社区：显著不同的可见性问题

问　题	李克特度量						
	C	1	2	3	4	5	6
与来访者在同一个社团委员会	U	71.7	18.4	5.1	0.9	2.7	1.2
	S**	42.5	23.0	18.6	1.8	8.8	5.3
在社区中遇到来访者	U	5.1	30.5	46.4	11.7	6.3	0
	S**	1.8	9.7	29.2	24.8	32.7	1.8
与曾经的来访者在同一个委员会	U	77.2	18.0	2.7	0.9	0.3	0.9
	S**	44.6	27.7	16.1	0	5.4	6.3
认为自己 24 小时都是治疗师	U	33.0	39.6	20.1	3.3	2.4	1.5
	S*	27.4	34.5	28.3	3.5	4.4	1.8
在饭馆看见你的来访者	U	15.9	42.8	33.2	4.8	2.1	1.2
	S**	8.0	15.9	46.9	15.0	12.4	1.8
来访者过多地了解你的个人生活情况，而你自己	U	34.7	50.3	13.8	0.3	0.3	0.6
不愿意这样	S**	17.7	50.4	24.8	3.5	3.5	0
与曾经的来访者属于或者加入了同一个俱乐部	U	37.2	40.8	15.3	3.9	2.1	0.6
或组织（比如政治的、宗教信仰的、社会的）	S**	23.9	30.1	24.8	8.0	8.0	5.3
与来访者参加同样的邻里活动（比如筹款、社区	U	52.3	33.9	11.7	0.3	0.9	0.9
计划）	S**	31.0	30.1	22.1	6.2	7.1	3.5
来访者注意你生活中个人的紧张性刺激源，而不	U	45.6	42.6	10.3	0	0.3	1.2
是你	S**	29.7	42.3	21.6	1.8	2.7	1.8

注释：C＝社区；1＝从未，2＝几乎不，3＝有时，4＝相当多，5＝常常，6＝不适用；
U＝城市或郊区，S＝小城镇或农村；
$^{*}p<0.05$. $^{**}p<0.01$.

表3 社区:其他问题

问 题	李克特度量						
	C	1	2	3	4	5	6
				Competency			
不能把来访者交给其他人员,因为没有转接服务	U	28.3	39.5	25.6	3.0	2.4	1.2
	S**	12.6	28.8	39.6	10.8	6.3	1.8
有机会在工作环境中与同行讨论问题	U**	2.4	11.1	37.5	29.4	16.5	3.0
	S	6.2	15.0	34.5	27.4	10.6	6.2
因为没有其他的可选资源来帮助来访者而有挫败感	U	9.0	30.3	45.9	9.6	4.2	0.9
	S**	3.5	23.9	47.8	15.9	7.1	1.8
				Burnout			
觉得你为来访者做得还不够	U*	5.1	47.6	41.0	3.9	2.1	0.3
	S	10.6	53.1	30.1	5.3	0.9	0
向另一位治疗师进行咨询	U**	26.7	20.9	33.9	5.2	7.6	5.8
	S	36.3	26.5	24.8	2.7	1.8	8.0
				Confidentiality			
未得到知情同意的情况下与心理师同时讨论某个来访者	U**	29.4	26.1	30.3	9.3	3.3	1.5
	S	37.2	33.6	22.1	4.4	0.9	1.8
与朋友讨论来访者,但不使用来访者的名字	U**	41.6	40.1	15.6	1.8	0.6	0.3
	S	54.9	32.7	11.5	0	0	0.9
使来访者为社区中的偶遇做准备	U	25.5	25.5	24.0	11.7	10.8	2.4
	S**	7.1	18.6	34.5	18.6	18.6	2.7
没有经过同意的情况下与其他心理卫生专家讨论某个来访者	U**	40.3	34.5	20.3	3.6	0.6	0.6
	S	53.2	29.7	14.4	0.9	0.9	0.9
与来访者讨论如果你们在公共场合相遇应该怎样处理	U	28.1	28.4	25.1	6.9	9.6	1.8
	S**	10.7	25.9	39.3	9.8	10.7	3.6
不经意间从社区的资源中得到关于来访者的信息	U	11.7	38.3	41.9	5.1	2.4	0.6
	S**	1.8	17.7	50.4	14.2	13.3	2.7

注释:C=社区;1=从未,2=几乎不,3=有时,4=相当多,5=常常,6=不适用;
U=城市或郊区,S=小城镇或农村;
$^{*}p<0.05$. $^{**}p<0.01$.

评论:

在农村工作或遇到经济条件不好的来访者时,可能会遇到用服务代偿治疗费的情况,而对于医疗项目来说,这种情况会减少收回成本的来访次数。与其他人一样,黑尔伯克对此也未作出很好的说明。1982年,美国心理学会通过一项准则,该准则表明规定代偿服务违反了伦理标准6.0a,该准则于1992年经过修正,在2002年纳入伦理标准6.05。这一准则并不鼓励代偿,若它未表明临床治疗的不当和对来访者具有剥削性是允许的。

但索尼认为,即使这一宽限也存在问题。因为即使心理咨询师能预言代偿服务与伦理并无任何关联,但依然存在另外三个问题。首先,从表面上看,采用代偿服务存在一种雇佣关系,当这种关系被默许后,可能会对咨访关系产生很大的潜在的负面影响。第二,执行者在雇佣来访者时,需要考虑到营业许可证的相关规定。最后,心理咨询师应考虑到美国职业委员会的疏职保险条例。该条例并不适用于任何会增加以前或当前病人或来访者商业风险的索赔。这类行为没有保险赔偿条例恰恰说明了它潜在的巨大风险。同样地,伍迪也认为,即使不合理的将代偿服务作为备选,它对当事双方依然充满了风险,它只能是走投无路的无奈之举。

在农村或小社区中,治疗师自我开放的机会可能会增加,但对所有的执行者来说,这却是富有争议性的。精神分析治疗师认为自我开放不利于治疗,从而会有意避开;而人本主义取向的治疗认为自我开放可以营造更为真诚、信任的氛围,从而促使来访者的自我开放。最近一项小研究也支持了后者,尽管研究中采用的是认知—行为或支持性疗法。巴瑞特和伯尔曼发现,治疗师的自我开放会影响治疗效果。与限制自我开放水平的治疗师相比,增加自我开放水平治疗师的来访者报告了更多不良症状的消除。与不良症状的消除类似,来访者与他们治疗师的联系,随着自我开放水平的增加也更为紧密。

当然,自我开放对来访者家庭成员的危害或利用从未被证实过。治疗师与病人的性关系,不论是身体或情感虐待,都是为了满足治疗师的自恋或施虐需要,而不是真正对来访者的家庭成员感兴趣。在这种情况下,治疗师并不会使自己变得脆弱,反而会想当然或者合理化自己的行为从而避免更为严重的个人问题。因此,治疗师的行为需要被监督或让其他专家进行回顾。

美国心理学会即将出台一项相关文件,帮助治疗师处理诸如性别歧视、种族歧视及对同性恋的治疗等敏感问题。例如 1975 年,美国心理学会就心理治疗中的性别歧视问题出台了下面的文件:关于心理治疗实践中性别歧视与性别角色认同的重要指示(《美国心理学》,30,1169-1175)。与其他许多重要专项文件一样,这一文件也并未被委员会采纳为美国心理学会条例。但它所引发的问题依然备受关注,例如,并未受到很好训练或专业知识不足的治疗师对女同性恋者的治疗、治疗师和病人间的性吸引问题。

此外,1975 年报告书呼吁美国心理学会就无性歧视心理治疗实践问题制定相关准则。美国心理学会为这一呼吁筹款,1978 年,这一准则发表在《美国心理学》,33,1122-1123。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Barbopoulos, A., & Clark, J. M. (2003). Practising psychology in rural settings: Issues and guidelines. *Canadian Psychology*, *44*, 410-424.

Cook, A. D., Copans, S. A., & Schetky, D. H. (1998). Psychiatric treatment of children and adolescents in rural communities. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *7*, 673-690.

Hargrove, D. S. (1986). Ethical issues in rural mental health practice. *Professional Psychology*:

Research and Practice, *17*, 20-23.

Helbok, C. (2003). The practice of psychology in rural communities: Potential ethical dilemmas. *Ethics & Behavior*, *13*, 367-384.

Maslach, C., & Florian, V. (1988). Burnout, job setting, and self-evaluation among rehabilitation counselors. *Rehabilitation Psychology*, *33*, 85-93.

Murray, J. D., & Keller, P. A. (1991). Psychology and rural America: Current status and future directions. *American Psychologist*, *46*, 220-231.

Reed, D. A. (1992). Adaptation: The key to community psychiatric practice in the rural setting. *Community Mental Health Journal*, *28*, 141-150.

Roberts, L. W., Battaglia, J., & Epstein, R. S. (1999). Frontier ethics: Mental health care needs and ethical dilemmas in rural communities. *Psychiatric Services*, *50*, 497-503.

Stockman, A. F. (1990). Dual relationships in rural mental health practice: An ethical dilemma. *Journal of Rural Community Psychology*, *11*, 31-45.

Sundet, P. A., & Mermelstein, J. (1983). The meaning of community in rural mental health. *International Journal of Mental Health*, *12*, 25-44.

Wagenfeld, M. O. (1988). Rural mental health and community psychology in the post community mental health era: An overview and introduction to the special issue. *Journal of Rural Community Psychology*, *9*, 5-11.

Wagenfeld, M. O., & Buffum, W. E. (1983). Problems in, and prospects for, rural mental health services in the United States. *International Journal of Mental Health*, *12*(1-2), 89-107.

女性治疗准则 8

⊙ 心理治疗中的性别偏见和性别角色的刻板印象
(Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice)

……

1. 治疗的进行不应该受到性别角色的限制,来访者与治疗者对治疗方案的选择也不应该受到性别角色固定模式的限制。

2. 心理师应该认识到社会中所存在的性别偏见的现实、种类和内涵,还应该为来访者处理这些情况提供方便。

3. 由于来访者的性别认同会产生性别角色、性别歧视以及个人差异,治疗师应该掌握这些方面的最新发现。

4. 治疗师所用的理论概念应该避免性别偏见和性别角色固定模式。

5. 心理师应该避免使用带有贬低意义的语言,以此证明自己对于男性和女性是平等对待的。

6. 环境和文化是主要影响因素的时候,心理师要避免将个人问题的来源归于来访者。

7. 来访者要足够了解治疗各相关事宜,心理师与来访者要共同对治疗关系的各个方面达成一致,比如治疗方法、时间因素和费用安排。

8. 对于来访者家庭情况的了解是十分重要的,但有关于诊断、预测和进展的交流特权还在于来访者而非治疗师。

9. 如果权威过程被视为一种技术,那么治疗不应该保持或者加强女性传统的依赖性。

10. 来访者的武断行为也应该受到尊重。

11. 如果女性来访者受到身体暴力或者被强奸,这时心理师要识别并且明白来访者是犯罪的受害者。

12. 心理师应该认识到并鼓励女性来访者说明自己的性取向,并应该确定来访者有确认自己性偏好的权利。

13. 心理师不应该与女性来访者存在性关系,也不能将女性来访者视为性工具。

评论:

1984年,美国心理学会第十七分会(咨询心理学)推出了题为“女性心理咨询与治疗中的相关准则”的文件,这很值得研究。

1990年,关于心理治疗中对同性恋歧视问题的专项调查发现:治疗过程中,心理咨询师对同性恋来访者数量的评估和治疗违反了现存的伦理原则,尤其是这关系到咨询师的专业技能和来访者的健康。10年后,美国心理学会承认并就这一问题制定了相关准则。这些准则后来又经过修改,由于篇幅有限不再赘述。

对同性恋治疗的准则不仅仅是准则,也被美国心理学会认定为相关政策,后发展为美国心理学会关于小群体治疗的伦理准则。这些准则的制定能帮助心理师在为多种族个体服务时,更好地理解文化和伦理等因素的影响。

对同性恋者及双性恋者的治疗准则



◎ 同性恋者及双性恋者委员会关于对同性恋者及双性恋者的治疗准则

(Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients)

……

这些准则的特殊目标是为从业者提供以下信息:(1)对于同性恋者及双性恋者治疗的参照系;(2)测量、干预、认同、关系以及心理师的教育和培训的基本信息和相关事宜。

……

对同性恋以及双性恋的态度

1. 心理师要明白同性恋或者双性恋并不意味着心理疾病。

……

2. 鼓励心理师识别自己对测量和治疗同性恋、双性恋的态度和了解,也鼓励心理师当需要时寻求会诊或者做比较合适的转介。

……

3. 心理师要努力理解社会印刻(比如偏见、歧视和暴力)是如何威胁到同性恋者和双性恋者的心理健康和安宁的。

……

4. 心理师要努力理解对同性恋和双性恋的不正确的观点和偏见如何影响来访者在治疗过程中的表现。

……

关系和亲属关系

5. 心理师要努力理解和尊重同性恋和双性恋关系的重要性。

……

6. 心理师要努力理解同性恋及双性恋家长所处的特殊环境和所面临的挑战。

……

7. 心理师要意识到同性恋和双性恋的家庭可能会包含那些在法律和生物学上

没有关联的人。

……

8. 心理师要努力理解同性恋或者双性恋的趋向是如何对一个人原初的家庭及家庭关系产生影响的。

……

多样性问题

9. 鼓励心理师去了解一些特殊的生活问题和要求，这些与多数人息息相关，同性恋和双性恋是社会和道德上的少数，他们的文化规范、价值观以及信仰经常与此冲突。

……

10. 鼓励心理师去了解双性恋所经历的特有的要求。

……

11. 心理师要努力理解青少年同性恋者和双性恋者中存在的特殊问题和风险。

……

12. 心理师要考虑同性恋和双性恋人群中代际间的差异。

……

13. 对于那些有身体残疾、感觉障碍和认知——情感障碍的同性恋和双性恋者，心理师要去认知这些群体所面临的特殊挑战。

……

教　育

14. 心理师要接受关于同性恋和双性恋问题的专业学习和训练，并接受监督。

……

15. 鼓励心理师通过不断的学习、训练、督导和咨询来丰富关于同性恋和双性恋问题的知识。

……

16. 心理师要做适当的努力去熟悉与同性恋和双性恋相关的心理健康、教育和社区资源。

评论：

近年来，一些优秀的出版物刊登了一系列与同性恋者、双性恋者治疗有关的文章，如

Anderson, J., & Barrett, R. (Eds.). (2001). *Ethics in HIV-related psychotherapy: Clinical decision making in complex cases.* Washington, DC: American Psychological Association. (A chapter by Stevenson & Kitchener, pp. 19-42, discusses confidentiality in Tarasoff-like

situations and rational suicide.)

Benoit, M. (2005). Conflict between religious commitment and same-sex attraction: Possibilities for a virtuous response. *Ethics & Behavior*, *15*, 309-325. (Reviews ethical arguments for and against sexual reorientation therapy.)

Johnson, W. B. , & Buhrke, R. A. (2006). Service delebery in a "don't ask don't tell": Ethical care of gay , lesbian, and bisexual military personel. *Professional psychothlogy: Research and Practice*, *37*, 91-98. (Addresses, among other issues, ethical and administrative problems for clinicians who treat gay lesbian, and bisexual military settings.)

Kessler, L. E. , & Waehler, C. A. (2005). Addressing multiple relationships between clients and therapists in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities. *Professional psychothlogy: Research and Practice*, *36*, 66-72.

Lasser, J. S. , & Gottlieb, M. C. (2004). Treating parients distressed regarding their sexual orientation: Clinical and ethical alternatives. *Professional psychothlogy: Research and Practice*, *35*, 194-200.

不同种族、语言、文化人群的心理服务准则 10

◎ 美国心理学会(American Psychological Association)

……

准 则

前言:这些准则说明了一些基本的原则,这些原则实际上是充满抱负的,也用来对那些为不同种族、语言、文化的人群提供服务的心理师提供一些建议。

1. 心理师要培训来访者熟悉心理干预的过程,比如目标和预期;保密的范围以及法律上的保密限制;心理师的情况介绍。

(1)在任何可能的情况下,心理师提供的信息既要有书面文件又要有口头解释。

(2)在任何可能的情况下,书面文件要使用来访者懂得的语言。

2. 心理师要将相关的研究和实践问题与接受帮助的人群联系起来。

(1)心理师要知道种族和文化对行为有影响,面对不同的种族人群时要考虑到种族和文化的因素。

(2)心理师要探寻一些教育或者培训的经验以加深理解,更适当有效地应对这些人群的需要。这些经验包括对于特殊种族的文化、社会、心理、政治、经济和历史的资料的了解。

(3)心理师要承认自己胜任力和技能的限制。如果心理师对某一个种族不太了解,要向相关专家请教,必要时可以转介。

(4)心理师在考虑治疗的仪器和过程的效果时,要时刻注意被测量者的文化和语言特征。心理师要考虑到测试的参考人群,某个工具对其他人群的测试可能存在局限性。

3. 心理师始终将种族和文化作为心理治疗过程的重要参数。

(1)不论是什么种族背景的心理师要知道他自己的文化背景、经验、态度、价值观和偏见是如何影响心理治疗过程的。心理师要努力纠正这些偏见和歧视。

解释说明。心理师通常会问自己:“如果这个来访者或者组织和我自己是同一个种族和文化群体,我对他们的看法是不是会不一样了呢?”

(2)心理师的实践要将来访者的种族和文化背景考虑进来,包括来访者熟悉的

和感到自在的少数人的文化，来访者的文化对社会主流文化不同方面的增加和改进的方式。

解释说明。通过参加主流的社会活动，家庭成员可以了解与美国社会文化一致的水平和性质。根据在美国生活的时间长短来判断文化的一致程度是非常重要的，而且不能简单地认为这些问题只与新的移民和难民有关。

(3)心理师要帮助来访者意识到自己的文化价值观和模式，并且帮助来访者将其自如地应用到生活和社会中。

解释说明。当亲子之间出现问题时，心理师要帮助父母区分是代际间的冲突还是文化的障碍。在治疗过程中，心理师要帮助父母和孩子理解他们各自不同的文化价值观。

(4)心理师要帮助来访者分清楚"问题"来自于种族歧视还是其他的偏见，这样有助于来访者正确认识自己的问题。

解释说明。用"健康偏执狂"来解释，少数民族可能借以对歧视现象做出一些防御行为。

(5)心理师不但要考虑到不同的诊断问题，还要考虑到来访者和他／她的群体的文化信仰和价值观。

4. 心理师要尊重来访者文化中的家庭成员角色、群体结构、等级制度、价值观和信仰。

(1)心理师要鉴别出家庭和群体中的资源。

(2)干预之前要明确心理师的角色定位和来访者的预期。心理师要确保自己和来访者对合理的服务和角色有正确的理解。

5. 心理师要尊重来访者的宗教信仰或精神信仰和价值观，包括权限和禁忌，因为这些对世界观、心理功能和对压抑的表达都有影响。

(1)对于少数群体，有一部分工作要与来访者本土的信仰和实践相类似并且予以尊重。

解释说明。传统的治疗师(比如萨满教巫师、墨西哥巫师)在少数群体中有重要影响。

(2)达到好的心理干预效果要向与来访者文化和信仰系统相关的宗教、精神领袖或者从业者请教。

6. 心理师要在语言上与来访者产生互动，如果不行，就要进行一个合理的转介。

(1)当治疗师的语言技能与来访者的语言不相匹配时就会出现问题，这种情况心理师可以将来访者推荐给可以与其进行语言互动的心理健康专家。如果没有这个条件，心理师可以为来访者提供一名翻译，翻译要有相应的文化知识和专业背景。如果没有翻译人员，和来访者有相同文化背景的、训练有素的准专业人员也可以。

(2)如果需要翻译，心理师就应该让对于来访者有双重身份的翻译或者准专业人员来提供服务而不应有所保留，这样能避免危及测量和干预的有效性。

(3)心理师要按照那些测量的合理性和相关的需要来解释和描述测验数据。

7. 在测量问题和设计干预方案时要考虑到不同社会、环境和政治因素的影响。

(1)所用的干预策略的方式要符合来访者的需要水平(比如马斯洛的需要层次理论)。

解释说明。低收入可能与这样的应激源有关，比如营养不良、住房条件差和不健全的医疗服务。农村居民可能意味着缺乏服务。来访者可能会因为之前的经验（比如，难民的身份可能意味着受到政府官员的暴力对待）而抵制到政府的专业服务部门去接受治疗。

（2）如果文化价值和人权之间发生冲突，心理师要在文化背景中为涉及的所有人增加福祉。

8. 心理师要尽可能排除偏见、歧视和不公平。

（1）心理师要知道在社会和群体层面相关的不公平现象，这些都可能影响到治疗效果。

解释说明。如果一个组织的最高领导人是白种人，你想进入这个组织却失败了，这就可能产生抑郁情绪。

（2）心理师要在社会政治的背景中作出测量和进行干预，要提高对压抑、性别歧视、精英主义和种族歧视的敏感度。

解释说明。社会怨恨的高潮乃至两个不同种族和文化群体的冲突，都可能增加群体中任何成员的焦虑基线。这个焦虑基线与正在流行的症状学相互作用。在组织层面，群体间的冲突干扰了成员之间的交流。

9. 为不同文化群体服务的心理师应该记录下这些与文化和社会政治相关的因素，这些因素包括以下这些方面，但又不仅仅局限于这些。

（1）在农村有多少代人；

（2）在农村待了多少年；

（3）英语熟练水平；

（4）家庭的支持范围（或者家庭的分裂情况）；

（5）社区资源；

（6）教育水平；

（7）来到农村之前的社会地位（移民和难民适用）；

（8）与不同背景的人群的亲密关系；

（9）与文化适应相关的压力水平。

评论：

可参考 APA（2003）Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, *58*, 377-402（由 APA 颁布但在 2009 年已废除）。还可以参考 Mailloux, S. L.（2004）. Ethics and interpreters: Are you practicing ethically? *Journal of Psychological Practice*, *10*, 37-44.

最后的政策性文件（Guidelines for Psychological Practice with Older Adults；见下一节）是用来解决老年人的问题的。尽管作为 APA 的决策而颁布，但其在 2010 年 8 月 31 日已到期。只有当这些准则重新生效，才能省略那些大量的讨论和有关的条款。

对老年人的心理治疗准则



◎ 美国心理学会(American Psychological Association)

态　度

1. 鼓励心理师在工作时要考虑到老年人的能力范围,需要时可以进行协商或者做适当的转介。

2. 鼓励心理师认识到他们自己对老化和老年人的态度和信念可能对测量和治疗有影响,需要时要进行协商或者进行进一步的学习。

关于成人发展、老化和老年人问题的基本知识

3. 心理师要努力获得老化的理论和研究成果。

4. 心理师要努力了解老化的社会和心理的动态过程。

5. 心理师要努力了解老化过程的多样性,尤其是社会文化因素(比如性别、种族、社会经济地位、性取向、能力丧失的状况和郊区或农村的居住状况)会影响后来生活中的健康和心理问题的经验和表达。

6. 心理师要努力熟悉有关老化的生物和健康方面的最新知识。

临床问题

7. 心理师要努力熟悉关于老年人认知变化的最新知识。

8. 心理师要努力理解老年人日常生活中所出现的问题。

9. 心理师要努力通晓老年人的精神病理学,当为老年人提供服务的时候要知道精神病理学的优势和特性。

测　量

10. 心理师要努力熟悉各种有关对老年人的测量方法的理论、研究和实践,要通晓适合对老年人进行心理测量的测量工具。

11. 心理师要努力懂得当用年轻人适用的测量工具来测量老年人时会出现一些问题,心理师要学会使测量适合于老年人特殊的个性和环境。

12. 心理师要努力学会识别老年人的认知变化，学会进行和解释认知和机能能力的测量。

干预、咨询和其他的服务条款

13. 心理师要努力熟悉对老年人进行干预的各种方法的理论、研究和实践，尤其是这些对老年人有效的最新研究成果。

14. 心理师要努力熟悉并学会将某一种心理治疗的干预方法和环境模型应用到老年人和其家属身上，包括将这种干预方法应用到相应的年龄组。

15. 在某些老年人所处的特殊环境中，心理师要懂得一些属于服务条款中的问题。

16. 心理师要识别老年人的干预条款和促进健康服务的相关问题。

17. 心理师要知道帮助老年人的咨询服务条款。

18. 在为老年人服务时，要鼓励心理师理解与其他学科分界的重要性，为其他学科安排治疗或者适当地与其他学科合作。

19. 心理师要理解为老年人提供服务时特殊的道德和法律问题。

教　育

20. 鼓励心理师通过不断地接受教育、训练、督导和协商，来不断提高有关对老年人服务的知识、理解和技能。

评论：

在本章的最后部分，我提到了更多的与伦理问题有关的非传统形式的治疗方法。传统的心理干预不会涉及来访者的躯体，一些心理物理测量方法，像脑成像，虽然有来访者的机体参与治疗但不会对其造成损害。因此，就不存在法律或伦理问题。但是随着生物反馈技术的进步，压力与疼痛操控，厌恶性条件反射，行为医学，以及“多选择”疗法如饮食和营养，植物疗法，芳香疗法以及运动健身等（与此同时越来越多的心理师正进入到这些领域中来，可参考 Greub, B., & McNamara, J. [2002]. Alternative therapies in psychological treatment: When is consultation with a physician warranted? *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 58-63.），诸如此类的涉及躯体干预的治疗方法是受政府职能部门监管的。

APA 的一个特别工作小组曾在 1981 年公布的一份报告中提到这一问题，即在接受过正规培训以及具有实习经验的前提下，心理学实践可以使用躯体干预。这份报告设想了心理师获得精神活性药物处方权的发展过程。1992 年，APA 的心理药理学特别小组就心理师的处方权问题发表了一篇综合报告。随后，APA 代表委员会签署了一项决议来确保心理师处方权的安全性。现在，在 Guam、Louisiana 等地心理师已经可以行使处方权了。尤其是在 New Mexico，具有执照的心理师经过相应的培训并获得证书即可获得处方权的法规在 2005 年 1 月已经生效了。相关的法规规定，心理师如果想要获得处方资格，他们必须完成至少 450 小时的在校学习，临床评估和生理病理学 80 小时的实习，医生指导下的 400 小时、包含 100 个患者的实习课程，还要参加国家心理师心理病理学考试。正如下节所提到的，尽管有了这些条件，心理学界对心理师的处方权问题的看法仍莫衷一是。

关于心理师处方特权的争论 12

⊙ 伊莲. M. 黑比，派翠克. H. 迪伦和蒂莫瑟·安德森
(Elaine M. Heiby, Patrick H. Deleon, and Timothy Anderson)

2002 年 8 月 22—25 日在芝加哥举行的美国心理学会会议中讨论了美国心理学会对于心理师处方特权的问题（又称 RxP）。这场讨论名为“心理师的处方权角色”，由蒂莫瑟·安德森（Timothy Anderson）组织并担任主席。对于心理学会对 RxP 的规定，派翠克·H. 迪伦（Patrick H. DeLeon）表示赞成，而伊莲·M. 黑比（Elaine M. Heiby）表示反对。

……

公开言论

……

这场争论开始于一个命题：“心理师有处方权是否有益于临床心理学的科学与实践。”迪伦赞同而黑比反对。

公开言论：迪伦

……

我相信对于心理学来说处方权是重要的，因为这是未来的趋势。未来是整体的医疗保健，消费者也是受过教育的。未来就确保了一个人的专业训练是可以满足这些需要的。现在已经不太可能花上 1 个月或者 6 个星期的时间去咨询一名专家，我们国家的医疗保障系统必须变得符合消费者的需求。

在 38 个州中，不同的情况下药学有“处方优先权”，在所有的 50 个州中有 75 000个接受过培训的护士（专业的护士、临床专家、助产士）。专家和其他人员提供主要的护理。心理学必须接受这种专业的挑战并积极地着手于这个领域。我们必须在健康中心提供高质量的服务，为国家中未保险的和保险不足的人提供真实安全有效的服务。这是我们的社会职责（DeLeon，2002）。

只有在心理药理学训练达到了准医生的水平，伊莲和我才会完全同意这种观点，而不是现在这种只是研究生甚至是大学水平。对于心理师来说，好好地学习心理学和行为学的基础知识是非常重要的。我们应该学习如何准确地诊断和处理。医师实习期的经验是无价的。有处方权的心理师必须首先是一名心理师，然后将药

理学的技能作为补充。一旦一个人获得了主要的专业身份(包括如何与心理失调者互动),那么他看世界的方式就与其他专业身份的人有不同之处。获得处方权是未来的趋势,有了临床的技能,我们的临床医生将会更好地为社会服务。其他非内科医生的从业者会逐渐获得临床的责任能力。如果心理学不在这方面投资的话,那么未来的优秀研究生将不会再找到心理学(DeLeon,2003)。

公开言论:黑比

感谢美国心理学会进行这次讨论。首先,反对者认为上述言论(心理师有处方权是否有益于临床心理学的科学与实践)说明对处方权问题存在许多的误解,因此,我首先指出反对者对于此问题所占的立场。

第一个需要澄清的误解就是认为美国心理学会政策的反对者反对心理师获得处方权。实际上,在某些情况下大家是支持心理师获得处方权的,反对者们没有公开地,也从来没有反对过心理师获得这样的权利,但是反对者认为要通过可靠的途径来获得这种权利,比如联合的或者连续的追踪护理计划。通过可靠的途径来获得处方权不需要制定新的法律,不需要把专业分开,不需要将医疗人员分开,也不需要花大量的资金进行游说。

反对者反对的是美国心理学会对第三个层次的培训(独立实践)的政策,包括培训的重心(博士水平或者博士后水平)和培训的质量(远没有达到获得专业处方权的要求)。帕特(Pat)提到他本人同意培训要达到博士后的水平,但是美国心理学会的政策认为博士水平也可以。我在后面的讨论中将重点放在培训的重心和质量上。

讨论中的第二个重要误解是关注了反对的分类和特点。反对者包括应用心理学家和学院派心理学家共5个重要的机构,这些心理师关注临床实践中科学家—心理学家模式和大学中心理学院的现状和发展情况。基层心理学家的研究也与Rxp相对立。

1995年8月,RxP成为了美国心理学会的一项政策,而在这之前下面的5个组织已经表示了对RxP的反对:(1)美国应用与预防心理学会;(2)临床心理学学会;(3)大学临床计划理事会;(4)心理系研究生委员会;(5)医学心理学委员会。尽管这些组织会员的数量比美国心理学会会员数量少,但这些组织所处的位置和这些会员对临床科学的保留和存在起十分关键的作用。

这些组织的反对声明显没有受到关注。根据迪奈尔斯盖(DeNelsky,2001),“在投票表决之前,制定RxP的步骤中止了学会的规定,这样就不能与美国心理学会官方进行充分的讨论和重新审视这个重要的政策(p.5)”。尽管美国心理学会和一些州的心理学会很清楚地知道有些心理学组织是反对RxP的,他们仍然要求对RxP合法化,这样争论就从学术界到了立法机关,心理学在公众传媒中被看作是发生了内部分裂。

……

反对者第三种普遍的误解涉及医疗培训的重要性。反对者认识到心理师获得处方权培训是超出心理学范畴的。反对者声称心理师普遍很聪明,许多心理师都获得了法律、护理、工商管理等专业的学位,这样多技能的心理师的优势是显而易见的,心理师通过专业的渠道接受医疗训练,是有极大好处的,这是医学和心理学以及

其应用的共同的成果,这些正在通过合作和协商逐步进行。对精神疾病的药物治疗已经变成了治疗的主要形式,心理师必须熟悉药物治疗,也要能够为社会心理的治疗提供经验性的支持来代替药物治疗或者作为药物治疗的补充。

同样地,反对者也知道在学科内提高心理药物治疗培训的益处。美国心理学会减少了对心理药物治疗背景重要性的重视,这使心理学院在水平 1(基础心理药物学)培训的有效性方面重新审视本科和硕士的课程。1995 年美国心理学会教育理事会和其他组织已经指出,水平 1 培训要在心理药物学中增加 3—4 个学期的学分课程,许多心理学院已经开始实施。水平 1 培训并不与组织化的心理学(organized psychology)相冲突,美国心理学会将水平 1 培训纳入自己的鉴定标准是有充足的理由的。再有,美国心理学会对水平 2 培训的重要性也没有足够重视,即使非精神科的医生对多数精神药物有处方权,也要注意到那些对心理干预有特权的消费者,这一点主治医生可能会忽略。水平 2 培训是建立在水平 1 的基础之上的,一般在实践阶段、医师实习期或者在继续深造的水平上进行,到目前为止,水平 2 培训也不与组织化的心理学(organized psychology)相冲突,一些实践和实习的场所提供了水平 2 培训,但考虑到不是每一个培训场所都有相应的资源,所以很难将水平 2 培训达到博士或者博士后的水平。

反对者还表示,因为上述这些考虑,应该暂停要求立法。反对者还表示要抓紧研究出心理学 RxP 水平 3 培训标准,美国心理学会最近已经表示这个训练要在博士或者博士后的水平上进行。

……

总结和讨论:安德森

争论的焦点不仅在于心理师是不是应该获得处方权,也在于心理师在什么时候、该如何面对这种专业身份的变化。黑比表示"需要澄清的误解是反对美国心理学会政策就是反对心理师获得处方权。实际上,在某些情况下是可以有处方权的"。但要注意的是有一些直言不讳的心理师认为处方权减弱了心理实践独特的心理特性,黑比和迪伦都基本同意心理学作为一个专业可以拥有药物处方权,更多的问题在于培训心理师的步骤,迪伦认为立即实施是比较高效的,而黑比认为这是一个计划不良的大杂烩。

这场争论最好被理解成在两种相互冲突但又很有意义的专业价值观中做出选择。一方面是实际问题(提供服务的人员太少、医疗实践的限制),另一方面,对忠于科学还有些理想主义。读者将最后决定自己在这场科学与实践的不断争论中选择自己的立场……这场争论值得进一步深思,争论的双方至少在一点上可以达成共识:比起同时期的其他问题,对这个问题选择的结果会使这个专业的前景更清晰。

评论:

另一些心理师就处方权问题的看法比黑比更悲观。如前 APA 主席,已故的乔治·阿尔比所说:"尽管我与帕特·迪伦是多年的老朋友了,但我必须指出,他以及那些支持心理师获得临床心理学处方权的人是大错特错的。

……最重要的原因是大多数的精神障碍并不是病。……成功的心理疗法表明不进行躯体层面的干预的心理障碍也有康复的可能性，而且这也否定了脑疾病模型。贫穷、糟糕的居住环境、文化水平低等已成为心理障碍的明确的原因，为什么 APA 还如此执著地将人力物力投入到为心理从业者争取处方权的斗争上？(Albee, 2005, pp. 11, 23)

Albee, G. W. (2005, Summer). A contrary view about prescription authority. *The ABPP Specialist*, *24*, 11, 23.

另一些赞成及反对的文章分列如下：

DeLeon, P., Fox, R., & Graham, S. (1991). Prescription privileges: Psychology's next frontier? *American Psychologist*, *46*, 383-393.

DeLeon, P., & Wiggins, J. (1996). Prescription privileges for psychologist. *American Psychologist*, *51*, 225-229.

DeNelsky, G. (1996). The case against prescription privileges for psychologist. *American Psychologist*, *51*, 201-212.

Hayes, S., & Heiby, E. (1996). Psychology's drug problem: Do we need a fix or should we just say no? *American Psychologist*, *51*, 198-206.

Mantell, E. O., & Ortiz, S. O. (2004). What price prescribing? A commentary on the effect of prescription authority on psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 164-169.

May, W., & Belsky, J. (1992). Response to "Prescription privileges: Psychology's next frontier? or The sirencall: Should psychologist medicate?" *American Psychologist*, *47*, 427.

McGrath, R. E., Sammons, M. T., Brown, A., Wiggins, J. G., Levant, R. F., & Stock, W. (2004). Professional issues in pharmacotherapy for psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 158-163.

Reist, D., & VandeCreek, L. (2004). The pharmaceutical industry's use of gifts and educational events to influence prescription practices: Ethical dilemmas and implications for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 329-335.

可以参考这一篇：Sammons, M., Paige, R., & Levant, R. (Eds.). (2003). *Prescriptive authority for psychologists.* Washington, DC: American Psychological Association.

对于儿童心理师处方权的相关问题可参考以下两篇优秀的文章：DeMers, S. T. (1994). Legal and ethical issues in school psychologists' participation in psychopharmacological interventions with children. *School Psychology Quarterly*, *9*, 41-52. Sparks, J. A., & Duncan, B. L. (2004). The ethical and science of medicating children. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, *6*, 25-38.

你认为心理学是否需要一套独立的准则作为实践和用药的伦理参照呢？有人同意这样的说法，如 Buelow, G. D., & Chafetz, M. D. (1996). Proposed ethical practice guidelines for clinical pharmacopsychology: Sharpening a new focus in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 53-58. 2002 版 APA 伦理原则与行为准则中的哪些条款已经牵扯到心理师处方权问题的论战中了呢？

一个较为陈旧但仍存在争议的观点认为干预应是"非专业的诊疗，总体上的自我监管"(Rosen, 1976, p. 139)这样的形式。或者像雅各布斯和古德曼(1989)所说的"自我关怀"(self-care)，例如"自助团体，DIY 疗法，还有另一些自我改变的尝试，这些都不需要与专业人士直接接触"(Rosen, 1993, p. 340)。这方面的资料可以参考 Jacobs, M. K.,

& Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups: Predictions on a partnership. *American Psychologist*, *44*, 536-544; (1976). The development and use of nonprescription behavior therapies. *American Psychologist*,*31*, 139-141; Rosen, G. M. (1993). Self-help or hype? Comments on psychology's failure to advance self-care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 340-345. 在1978年,APA关于自助疗法的专门小组提出很多自助书籍是违反当时的APA伦理准则的,尤其是这些书籍的作者无法全面的告知购书者他们所推崇的技术的局限性,而且在评估治疗过程方面也不符合标准。然而,当时的一些自助疗法对大众还是有所帮助的,所以工作组要求APA不要为他们在书中、公开演讲或媒体中发表的言论设置伦理方面的障碍。

事实上,近期的一个评论发现:数十个研究和元分析的结果强化了大众自助项目的效果。元分析的结果表明自助项目的疗效显著地好于待治疗组和空白对照组。元分析的结果表明抑郁、焦虑的读书疗法的疗效优于不治疗,稍弱于咨询师参与的治疗。对于自助团体的研究结果也同样令人鼓舞。

Norcross, J. C. (2006). Integrating self-help into psychotherapy: 16 practical suggestions. *Professional Psychology: Research and Practice*,*37*, 683-693.

实际上,诺克诺斯在2006年的文章中指出:比起看心理医生,人们还是更愿意去读自助类的书籍;更多的人会更愿意通过网络获取心理学的讯息和建议;而且确实,美国人在成瘾和精神障碍等方面更愿意去参加自助团体而非心理健康组织(p.683)。

考虑到这些数据和心理师夸大心理治疗的有效性的危险,那么2002版的伦理准则在何种程度上体现了这些方面的忧虑?提及自助疗法和手册使用的标准5.02,5.03以及9.01的累积效应又何在呢?

哈斯等人(1996)认为尽管电话咨询是心理咨询实践中的一个新兴领域,而且在自杀求助热线中电话咨询已经建立起来了,但是“利用电话提供常规的治疗或诊断这样的方式并未有建立,也没有如电话会议、网络或近似方式的服务”(p. 160, APA Ethics Committee's Statement on Psychotherapy by Telephone)。Haas, L. J., Benedict, J. G., & Kobos, J. C. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 154-160; American Psychological Association. (1995, October). *Ethics committee on psychotherapy by telephone*. *APA Monitor*, *27*, *15*. Review Standards 2.01e, 3.10, and 10.01. 当心理师用电话咨询时,这些标准对他们有什么样的伦理性的要求呢?

请注意前文引述的伦理委员会声明中提及的网络。假如网络治疗成为主要的治疗方式,尤其是出现“越来越多的人通过网络提供咨询和治疗,尽管现在还没有验证性的证据支持这些活动的有效性”(p. 484)。Maheu, M., & Gordon, B. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 484-489. 假如在咨询和治疗中利用网络和电子邮件会引发道德和法律问题,那么它就必然需要不断地研究论证(可参考 Koocher, G., & Morray, E. [2000]. Regulation of telepsychology: A survey of state attorneys general. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*,

503-508)，而且，对于这些将要出现的治疗方式需要更多更广的论证。

网络疗法可能只是简单的“新闻板、聊天室，在与健康有关的网页上进行的讨论和一些新闻，以及一些其他的电子形式的讨论会，讨论社会、健康、心理方面的问题(p. 493)。Humphreys, K., Winselberg, A., & Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 493-496. 此外，在网络上存在的心理疗法的种类主要有四种形式：(1)实时，就像现在流行的“聊天室”，通过连续的在屏幕上写邮件交流；(2)实时的视频交流；(3)电子邮件，延迟的形式；(4)网络电话(p. 66)。Landau, B. (2001). Psychotherapy online in 2001: For psychotherapists new to the Internet. *Journal of Mental Imagery*, *25*, 65-82.

更早时，夏普里奥和斯楚曼引用以下的网上广告对这一问题进行了阐述：

在线心理咨询：Shrink-link

Shrink-link 帮助人们在行为方面进行判断和选择。你可以通过它直接给顶级的临床心理学家和精神病学家发送邮件，谈论你遇到的难题或生活中的冲突。

为恐惧烦恼吗？想知道你是谁吗？为家庭或生活而烦恼？心情忧郁？为吃药感到困惑？Shrink-link 已经在专家会议中对这类问题探讨了很多年。不论你是寻找关键时刻的指导，还是在渴求得到同龄人应有的能力，Shrink-link 都可以帮助你。有时，专家会在他的回答中为大家推荐一些具有指导意义的信息。

Shrink-link 不是面对面咨询机构的分支，也并不适用于所有人。但它确实是致力于促进你心理健康的机构。目前，Shrink-link 小组由 6 名心理咨询师和 1 名精神病医生组成，每位都有 15 ~ 40 年的临床经验，收费标准为每次 100 到 200 美元，视咨询师不同而定。

通过 Shrink-link，你可以对心理治疗的八个领域的任一领域提出自己的疑问，例如家庭问题、药物或酒精滥用等。

Shrink-link 每个有效回答的收费为 20 美元。你可以在 72(一般是 24)小时内收到邮件回复。感兴趣吗？赶快提出你的疑问吧！

参考文献

DeLeon, P. H. (2002). Presidential reflections: Past and future. *American Psychologist*, *57*, 425-430.

DeLeon, P. H. (2003). Foreword: Reflections on prescriptive authority and the evolution of psychology in the 21st century. In M. T. Sammons, R. U. Paige, & R. F. Levant (Eds.), *Prescriptive authority for psychologists: A history and guide* (pp. xi-xxiv). Washington, DC: American Psychological Association.

DeNelsky, G. (2001, July/August). Ten years of psychology through the eyes of *The National Psychologist*. *The National Psychologist*, *10*, pp. 1-7, 11-15.

网络心理服务和美国心理学会伦理准则 13

⊙ 西莉娅·B. 费舍尔和亚当·L. 弗里德(Celia B. Fisher and Adam L. Fried)

网络的使用为心理服务提供了创新的机会……

在这一节中,我们使用“网络服务(Internet-mediated service)”“行为远程医疗(behavioral teleheath)”“远程医疗(teleheath)”来交替描述以网络为媒介的心理测量和治疗,包括以邮件形式进行治疗、电视会议、网上治疗、网上聊天室、网上测量和网上咨询服务。通过网络、电话、传真和视频对话也可以进行服务,而这些只是一些简单的应用(Buchanan,2002;Jerome & Zaylor,2000;Laszlo,Esterman, & Zabko,1999;Maheu & Gordon,2000;Nickelson,1996;Vanden Bos & Williams,2000)。

多种心理测量和诊断的网上技术正在快速发展,但其有效性、便捷性和安全性问题在很大程度上是不确定的。远程医疗的不断革新速度超出了指定服务条款的发展速度。美国心理学会(APA)对心理师伦理准则和行为规范(2002;在这一节中用“伦理准则(Ethics Code)”一词)中那些与网上心理服务道德实践有关部分做了修订,这一节重点讲述这些最新的修订结果。

和之前的版本一样,多数伦理准则适用于心理师所参加的所有活动、遇到的所有人、所面临的所有情况和所处的所有交流环境。在2002年版的伦理准则中明确提到了交流环境包括电话、网络和其他通讯设备。回顾网络和其他电讯设备在行为远程医疗、心理测量、咨询、电视会议和研究中的应用,伦理准则工作组(ECTF)对此作了总结,认为清晰有效的标准对通讯媒介是十分有效的,因此远程医疗不需要特别的章节和参考文献。然而,伦理准则工作组确实认为应该更清晰地强调与网络和通讯媒介有关的4条标准:标准3.10a,知情同意;4.02c,保密限制;5.01a,避免假的或者欺骗性的语言;5.04,多媒体展示。

在这一节中,我们将通过以下6条标准来讨论美国心理学会伦理准则的应用:胜任力、利益冲突、隐私和保密、公开言论和广告、测试的选择和评分。

胜任力

培训、教育、咨询和经验

对于心理师来说，要符合伦理准则的其他要求，胜任力是一个首要因素，在2.01a-2.01e中有一些标准，胜任力的界限，是与心理服务中网络的使用相关的，在2.01a中，只有心理师具有教育、培训、督导、咨询、研究或专业经验才可以胜任专业工作，只有这些领域才是心理师提供服务的职权范围。心理师的权职范围也会随着相关领域标准的变化而变化，这对于不断更新的工具和技术（比如电脑和网络）更是如此。标准2.01c中，如果心理师遇到新的技术是自己不熟悉的，就要进行相关的学习、研究、咨询，获得经验来达到所需的水平。

新兴技术的使用

当心理师想要发展或者完成一项新技术，而这项技术在专业领域还没有被认可，这时看看标准2.01e。标准认可新技术的价值和与其并存的风险，心理师要采取合理的措施以确保胜任新工作的胜任力并保证工作的安全性，"胜任力（competence）"这个词反映了心理学的假设，新领域必须要运用心理学既定的科学和专业的学科知识（又见标准2.04，科学和专业的判断基础）。也就是要求心理师有心理学的专业知识和技能的同时，计算机技能也是必要的，在互联网的测量和心理治疗中可以用来创造或者完善一项新技术并测量其有效性。

比如，心理师通过邮件或者网络聊天室提供行为健康服务时，需要将口头交流转换成书面交流，这对心理师的应变能力是一种挑战，因为传统的测量和心理治疗只适用口头交流，不存在这个问题（Nickelson，1998）。如果心理师没有正确地诊断，没有辨认出自杀或者杀人的想法，增强了不适应性的行为（比如恐惧症），就会对网络的来访者/心理失调者造成伤害（又见标准3.04，避免伤害）。心理师进行网络媒介的测量和治疗服务可以确保一个人的工作胜任力，也可以保护来访者/心理失调者不受伤害，包括：保持在该领域的先进性，获得亲自咨询的机会，识别专业部门和健康社会服务部门，在来访者/心理失调者需要帮助时可以求助这些部门（Maheu，2001）。

利益冲突

心理师根据自己的培训、经验和专业的基础知识对来访者进行专业和科学的判断，这个过程需要心理师与其他一些可靠的人合作，心理师应该与这些人建立良好的关系。标准3.06，利益冲突，当那些专业的、个人的、经济的、法律的或者其他利益或关系可能会对心理师的客观性、胜任力和角色的有效性不利的时候，心理师应

该放弃自己的专业角色。网络服务中利益冲突有这样的典型情况:心理师用自己专业的网站提供网络心理健康服务,而这些是没有经济利益的。

知情同意

知情同意被看作是来访者对自我控制和隐私权保护的最主要途径。在1992年版的美国心理学会伦理准则中,获得知情同意的责任仅限于研究和治疗,在新版本中又扩充了对知情同意的理解,这反映了社会对知情同意从职业道德权威的视角到自主意识视角的转变。与网络咨询有关的新增内容在标准9.03"测量中的知情同意",和10.01"治疗中的知情同意"中有详细说明。在标准3.10"知情同意",将这些内容应用到了其他一些同意标准中。当心理师通过网络进行测量、治疗、咨询、协商时,心理师必须向来访者讲清楚服务的性质和目的、费用、第三方的介入、保密限制,也要给来访者/心理失调者充足的机会提问,以此来获得个人的知情同意。

来访者/心理失调者的识别

在远程治疗中,尤其是在网络媒介的服务中,存在一个特殊的问题,那就是来访者/心理失调者的识别。当进行网络为媒介的测量和提供网络服务时,心理师需要确保给出确认信息的那个人就是接受测量和治疗的那个人,也要确认服务接受者的年龄和身份。比如,未成年人如果没有家长的同意不可以接受咨询,如果擅自改变了这个年龄限制就是犯法的。如果接受服务的未成年人或者老年人已经丧失了获得知情同意的能力,那么远程医疗的提供者必须得到监护人的准许和同意(标准3.10b,知情同意)。为了更好地识别来访者/心理失调者,心理师可以考虑设置来访者/心理失调者的密码,或者第一次服务采取面询的方式,也可以用电视会议的形式。

……

费用

费用包括服务的费用、付费明细和可接受的付费形式(比如信用卡、支票;标准9.03,测量的知情同意;标准10.01,治疗的知情同意)。如果来访者/心理障碍者需要账单或者通过网上支付,心理师要确保可以接受信用卡。再有,心理师需要尽快确定付费方式并告知来访者/心理失调者,不管他们的健康计划是否包含网络健康服务(又见标准6.04,费用和财政计划)。

保密

测量和治疗的知情同意必须解释清楚保密的范围及限制,包括(1)在什么情况下心理师必须遵守报告的要求,比如报告遗弃儿童,当触及法律时,心理师有责任通知警方;(2)当给未成年人进行测量时,要得到监护人的同意才可以记录(又见标准

4.01,坚持保密原则;4.02,保密限制)。心理师通过网络提供服务时,必须告知来访者/心理失调者保密的程序和网络形式信息传递所特有的保密危险。跨国境的远程医疗的相关法律正在不断修订中,心理师必须知晓对于遗弃儿童、遗弃老年人、预警的责任和其他来访者/心理失调者接受服务时需要曝光的情况。在"隐私与保密"一章中讨论了网络中保密的方法。

第三方

标准3.10a,知情同意;9.03a,测量中的知情同意;10.01a,治疗中的知情同意,都提到了知情同意要包括第三方的介入:个人、健康保险公司、雇主、组织机构、法律或其他政府权威部门,如果这些部门需要,就要向他们提供测量情况、某个人的测量结果或者其他信息。通过网络提供测量和心理治疗的心理师需要确定与第三方分享信息的模式和来访者/心理失调者可接受的公开信息的方式,这是美国联邦政府条例(见下文HIPAA)和好的道德实践所规定的,几乎没有例外,比如,当法庭要求做相关的服务,那么心理师要有详细的权威标准规定如何向第三方公布信息。远程医疗的提供者需要确定信息公布的法律形式,并将其告知来访者/心理障碍者。

HIPAA 的含义

在HIPAA中也对那些通过网络使用、公开或者提供健康服务的心理师做了相关规定(http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/finalreg.html)。在专业关系部分的开头就要求为来访者/心理失调者提供有关隐私方面的文件,说明将会如何使用和公开受保护的健康信息(PHI:健康服务的提供者所制订或者所接受的个人确认的健康信息,这些提供者与很多信息有关:健康的过去、现在和未来的状况、健康服务的提供、健康服务的付款情况)。这些受保护的信息受多种因素影响:HIPAA中的内容、个人的权利、遵守PHI的法律责任。

[编者注:更多有关HIPAA的内容见第十单元]。

被普遍认可但还没有确定下来的治疗技术与步骤

在心理学界,由于现有的疗法不能满足新的技术和治疗需求,新的方法应运而生并已经应用于实践中。标准10.01,治疗的知情同意,如果一个学科持续地为变化的、动态的人群服务,那么心理健康服务的创新就十分关键。在此标准中也提到,在新治疗技术的发展和更新中,来访者/心理障碍者的风险和利益是未知的。因此,当对来访者/心理失调者的治疗需要新技术,出于对来访者/心理失调者知情权和合理知情要求的尊重,心理师有责任向来访者:(1)解释疗法的新特征并告知新疗法未经试验;(2)清晰地描述其他适用的经典疗法;(3)不论是心理师还是其他心理健康专家为其服务,来访者/心理失调者都有权利不接受经典的疗法。

在文献中仍有两个问题在不断探讨和争论中:一、通过网络提供治疗的技术和

程序；二、对于不同的来访者/心理失调者，不同的远程治疗形式的利与弊。发展和应用这些技术的心理师是这个领域的先驱。在标准 10.01 探讨了正在发展中的远程疗法的特殊性，心理师需要告知来访者/心理治疗者以下这些内容：(1) 特殊的远程治疗技术还是一种新的、正在发展当中的治疗形式；(2) 尽管有理由相信这种治疗形式可以满足来访者/心理失调者的心理健康需求，但这种效果的实现范围还是远远未知的；(3) 与网上电子邮件治疗相关的风险，比如保密性、缺乏直接性；(4) 传统的治疗也存在问题，比如在当地面对面的治疗；(5) 如果来访者/心理失调者选择更传统的治疗方式，心理师可以提供相应的治疗或者转介。

隐私与保密

保守秘密

为来访者保守秘密反映出心理师对隐私和个人尊严的尊重（守则 E：对个人权利和尊严的尊重）。标准 4.01，维持保密性；标准 6.02，对专业和科学工作的保密性记录的维护、传播和处理，这些都要求所有心理师为保密信息做好合理的保护措施。这些措施也要根据以下信息而有所不同：(1) 心理师的角色；(2) 心理活动的目的；(3) 心理师合作者的法律身份；(4) 美国联邦政府条例；(5) 政府和当地的法律；(6) 制度政策和法律方针。在远程疗法标准 4.01 中，"合理的保护措施（reasonable precautions）"涉及心理师的责任，心理师要熟悉并合理运用这些措施。

不管是在工作环境中还是在家中使用电子设备，也不管设备是否可携带，都要确保数据的隐秘和电子设备的安全。下面是一些对网络服务保密的基本建议：

1. 使用加密数据。

2. 通过普通的服务器或者某个制度系统或网络中心进行数据储存，这就需要讨论和发展适合个人的安全性措施。

3. 当通过网络进行督导时，要教会新手为来访者保密的合理步骤。

4. 将硬盘或其他数据储存设备放在安全的地方，或者为电脑设定密码。

5. 在影像资料中使声音失真或者对面部进行马赛克处理，以确保为来访者保密。

6. 当记录不再有用时，可以进行销毁，但不能破坏保存科学和专业记录的其他道德和法律规范。

7. 不要让其他人获知密码，并且经常更换密码。

8. 注意保护无线设备的安全性。

9. 除非使用了文件加密，否则不要在邮件中或者信息中使用保密性信息。

10. 采取额外措施来保护移动设备的安全性，不管这些设备在办公室里还是在家里，如膝上型电脑、笔记本电脑、掌上型电脑、智能型电话。

11. 使用隐私屏风来保护监视器或者其他类型的屏风以防止他人看到监视器的

信息。

12. 为了储存 PHI 设备的安全，要经常更新病毒软件和其他安全措施。

13. 当更换电脑或者重做系统时要彻底清除所有数据，这通常需要技术专家的帮助，因为即使是清除了数据或者对硬盘进行了格式化，数据的痕迹仍然存在。

讨论保密限制

在标准 4.02c 中讨论了保密限制，特别强调通过电子媒介提供服务时保密限制非常重要。通过网络或者其他电子媒介进行心理服务或者数据传输更容易破坏保密性，这可能是在单个心理师的可控制范围之外了。在标准 4.02c 中，来访者/心理失调者必须知道隐私可能被他人得知的风险及保密原则的限制。当通过电子媒介传递信息时，心理师要警惕不要泄露消费者的秘密。比如：

1. 当心理师通过电子邮件或者可靠的聊天室进行治疗或者测量时，需要告知来访者可能会有陌生人危及安全性，公共机构的人员在多大范围内可以通过网络服务器进入这个安全的场所。

2. 有时来访者可以进入治疗师的个人信箱，主动与治疗师进行交流。在这种情况下，心理师应该告知来访者，其他人可能会读到这些邮件，如果情况允许，不鼓励来访者通过邮件与心理师交流。

3. 通过网络提供服务时，只要要求获得消费者的个人信息，心理师应该发表一个可视的、易懂的隐私声明。隐私声明应该告知来访者个人信息是如何被利用的（比如卖到其他地方、日后与消费者进行联系）以及来访者是否可以避免这样的利用。心理师可以从美国心理学会的官方网站上下载一份简单的隐私声明，网址：//helping. apa. org/dotcomsense/privacy. html。

HIPAA 的含义

在标准 4.05a 中规定，心理师如果公开保密信息必须经来访者/心理失调者的同意，除非得到法律规定的允许，在 HIPAA 中，没有来访者/心理失调者的认可，不可以引用或者公开信息。在 HIPAA 中，向他人提供 PHI 不仅仅是传统的来访者/心理障碍者允许公开的那些信息，远程治疗的提供者必须熟悉这些要求。HIPAA 可以很好地保护心理治疗的记录，比如心理障碍者公开心理治疗记录的权利阻碍了心理师将其作为测量是否合格的条件。另外，当获得公开信息的权利，根据 HIPAA 隐私规则，在满足职业需要的前提下，心理师要尽可能少地向法案部门（billing agencies）及国内的相关人员提供来访者信息。

根据 HIPAA 法案，远程治疗心理师在公开 PHI 时需要特殊的创造性。特别地对那些可以控制来访者/心理失调者是否得到心理治疗记录的心理师来说，HIPAA 要求这些记录必须保存在一个单独的文件中。简单地说，根据 HIPAA，授权与其他的知情同意材料是不同的。网络服务中单独文件的法律意义和程序、电脑信息的储存对于未来的研究是十分重要和富有成效的。心理师愿意使用 HIPAA 的隐私实践

和由美国心理学会保险信任以及美国心理学会创办的授权模式(http://www.apa.org.apait)。

公开声明和做广告

避免虚假声明

在心理学的实践中,心理师都尽量做到提高准确性、诚实性和真实性,不会找托词或者故意歪曲事实(原则 c:诚信)。在标准 5.01a 中,避免错误和虚假的声明,禁止发布有关于心理师参加的各种工作活动中错误的、欺骗性的或者欺诈性的公开言论。以下这些公开言论可能会出现在网络上:(1)付费或者不付费的广告或者签署的文件;(2)描述某个心理师服务情况的网络读物或者印刷品;(3)姓名地址录、个人简历或者课程安排;(4)网络新闻的评论;(5)网络通知专栏。

其他人的言论

标准 5.02c,其他人的言论,允许心理师做付费广告,包括在网络上介绍自己的服务,只要被认可或者消费者知道这是一则付费广告就可以。一稿数用的专栏是付费广告的一个实例,它刊登的方式经常让消费者受骗。由心理师编辑并且付费的一稿数用的专栏一般会出现在新闻或者通告栏中,这就容易让读者认为心理师很有经验,所以媒体邀请或者雇佣他来写这个专栏。专栏通常会包括对心理师服务情况的描述、图片和其他相关信息。如果这个专栏不清楚说明这是一个付费广告,那就与标准 5.02 相违背。在某些情况下,心理师不会自己写这个专栏,而是花钱找某个作者,这些作者在全国范围内向心理师出售这个专栏,在这种情况下,专栏必须声明心理师提供了这个专栏但并没有亲自编辑(又见标准 5.01a,避免错误和欺骗性的言论)。

媒体展示

当声明的目的是信息分享、评论或者给予忠告,标准 5.04 媒体展示,适用于心理师多种方法的公开言论。而不适用于治疗师与来访者/心理失调者之间通过电视会议、电子邮件或者以网络为基础的其他形式传递信息的治疗、测量或者协商。这个标准规定心理师不能通过网络或者其他交流形式对心理师胜任力之外的主题和问题做公开的建议和评论,心理师的教育、培训、督导经验或者其他可接受的方法获得的专业和科学经验就决定了心理师的胜任力范围(见标准 2.01a,胜任力范围)。根据这个标准,心理师也不可以公开给出那些与心理学文献和实践明显偏离或者不符的评论和建议(见标准 2.04,科学和专业的判断基础)。

心理师通过网络或者相关栏目对某些疑问提供公开的建议时,应该说明他们的回答是教育性的而不是治疗性的,避免使用任何有关提问者的信息,避免与某个人

进行重复性的交流，否则会造成一种误解，认为这样就已经建立了专业关系（Shapiro & Schulman, 1996）。

评论：

正如我们期待的那样，这方面的文献正逐步增多。例如：

Barak, A. (1999). Psychological applications on the Internet: A discipline on threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, *8*, 231-246.

Barnett, J. E., & Sheetz, K. (2003). Technological advances and telehealth: Ethics, law, and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 86-93.

Berg, J. (2002). Ethics and e-medicine. Saint Louis University Law Journal, *46*, 61-84.

Heinlen, K. T., Welfel, E. R., Richmond, E. N., & O'Donnell, M. S. (2003). The nature, scope, and ethics of psychologists' e-therapy Web sites: What consumers find when searching the Web. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 112-124.

Humphreys, K., Winzelberg, A., & Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 493-496.

Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practice aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, *33*, 776-818.

Nickelson, D. (1996). Behavioral telehealth: Emerging practice, research and policy opportunities. *Behavioral Sciences and the Law*, *14*, 443-457.

Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus video conferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 649-653.

Shaw, H. E., & Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling & Development*, *84*, 41-53.

也有许多心理师指出了“安全”网络疗法的可取之处。例如库克尔和莫里(2000)提出除了那些明确的可取之处之外，心理师与他们专业的保险公司协商并以书面形式来确定电子服务是否受到保护，而且心理师要明确指定第三方来避免任何欺诈问题，而这个第三方就是为电子服务出具账单的机构，可参考 Koocher, G., & Morray, E. (2002). Regulation of telepsychology: A survey of state attorneys general. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 503-508.

如下引述的夏普里奥和斯楚曼的话，道出了伦理准则与电子形式疗法的关系：心理师所提出的电子邮件式、便利的交流方式鼓励来访者说出普遍存在的问题，而并不将问题指向特定的个体。心理师为这些服务刊登广告并附上必要的信息以使来访者明白：a）它的形式是经验性的，它的实用性可能与传统的心理疗法无关；b）这种交流是公开的；c）不存在职业化的咨—访关系；d）不提倡与同一人员反复的交流；e）相互交流的记录可能会保存下来，而这些保存下来的资料并不告知来访者。通过电子邮件与新的来访者交流，心理师鼓励来访者寻求更多的传统心理疗法的帮助。心理师不交换保密性信息，包括支付信息像信用卡记录之类的，出于对这一标准的考虑，在使用电子邮件过程中并未使用加密程序（pp. 122-133）。

回顾2002年的伦理准则，它们是否涵盖了夏普里奥和斯楚曼提出的所有的建议，或者说这样一个新的标准是

否有必要?

尽管很少谈论这一点,但有道德的治疗家必须慎重地采取合适的方法保护来访者以防止其自杀或自伤。2002 年伦理标准中标准 3.12 要求心理师要做到:尽全力使治疗计划更加便利周全,即使遇到如生病、死亡、治疗无效、搬家或退休等情况而使治疗中止。标准 6.02 也指明:心理师做出治疗计划的前提应遵循这一原则,即可进行适当的转介以及在心理师退出治疗后保护治疗记录和个人信息不泄露。关于治疗记录方面的政策可参考 APA Committee on Professional Practice and Standards. (2007). Record keeping guidelines.

最后,笔者访问了 10 个技术精湛的治疗师以了解他们在工作中所遵循的伦理观念作为本章的总结。最重要的一点是与来访者的关系。其他的伦理观念笔者将其定义为:自主、有益、无害、建立并提高专业技术,谦虚谨慎、不断改进职业技能,对不确定性所持的开放的态度,以及自我觉知。可参考 Jennings, L., Sovereign, A., Bottorff, N., Mussell, M. P., & Vye, C. (2005). Nine ethical values of master therapists. *Journal of Mental Health Counseling*, *27*, 32-47.

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice*, *33*, 148-154.

Jerome, L. W., & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 478-483.

Laszlo, J. V., Esterman, G., & Zabko, S. (1999). Therapy over the Internet? Theory, research, and finances. *Cyber-Psychology & Behavior*, *2*, 293-307.

Maheu, M. M. (2001). *Exposing the risk, yet moving forward: A behavioral e-health model.* Retrieved from http://www.ascusc.org/jcmc/

Maheu, M. M., & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 484-489.

Nickelson, D. W. (1996). Behavioral telehealth: Emerging practice, research and policy opportunities. *Behavioral Sciences and the Law*, *14*, 443-457.

Nickelson, D. W. (1998). Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 527-535.

Shapiro, D. E., & Schulman, C. E. (1996). Ethical and legal issues in e-mail therapy. *Ethics & Behavior*, *6*, 107-124.

VandenBos, G. R., & Williams, S. (2000). The Internet versus the telephone: What is telehealth, anyway? *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 490-492.

学术界：研究、教学与指导

第八单元

伦理学家及学术界人士所关注的种种行为，由于被校园内的砖墙及各种植物重重遮掩，是处于隔离状态的。研究者、学者和督导员似乎超越了伦理委员会的监察范围。人们往往认为，学会的会员、新的理论的创始人和数据收集者、教师或导师这类人，对专业实践中出现的异常行为具有免疫力，而这些行为恰恰使他们的临床研究同事陷入困境。例如，经费的安排和筹集，协调客户和第三方出资者的各种需求，对患者的性吸引力，或者泄露治疗中收集的个人信息等。事实上，在1951年以前，从未见到过公开发表的研究人类伦理问题的英文文章。直到1967年，第一篇相关的实证研究文章才问世（McGaha & Korn，1995）。

然而，科学工作者和公众也逐渐认识到，即便是穿上一件实验室的白大褂或是穿着肘部打着补丁的粗花呢夹克的研究者，也并不意味着他们能够独立于伦理之外。在过去的六十多年里，但凡理论科学家为联邦政府所进行的风险性研究，在没有完整、准确地告知被试所参与研究的性质、成本以及受益的情况下，都被证明是对被试有害的。有些教师将学生的研究构想和文章据为己有；有些教师与他们的学生发生私人关系，甚至是性关系；还有一些教师经常在没有备课的情况下上台讲课（或总是使用老一套的讲义上课），并且在考试或提交研究报告之前几个月就中止了对学生的指导，上述行为及现象多有披露且为公众熟知。因此，当这些问题变得突出时，美国心理学会（APA）有针对性地在近年来公布的伦理准则（Ethical Principles，1992）的第9版中，首次特别增加了一章（第六章），专门制订了针对教学、培训、督导、研究及出版机构的伦理准则。在现在使用的2002年版本中，又进一步增加了两章，分别是第七章（培训）和第八章（研究和出版），专门对上述问题展开讨论。

本单元所引用的文献将为读者介绍一系列涉及学术研究的伦理问题，这些材料大部分仅适用于学术研究。从伦理的角度审视学术研究是一件很有意思的事情，因为它的目的不在于改善被试的境遇，而在于为了造福被试所采取的心理评估及治疗干预策略。

此外，虽然这些材料尚不足以如实地说明所有的观点，但是，在学术研究中忽略被试境遇的情况却相当普遍。最具讽刺意味的是，研究所涉及的被试，包括动物和人类，可能是一些与心理学家产生互动的人或事物中间待遇最差的群体。例如，考察有争议的欺骗研究，就明显支持了上述假设的有效性。

在欺骗研究中，主试为了减少无关变量的影响，要么完全不告诉被试研究目的，

要么告诉被试错误的研究目的。因此,我将把此类学术研究作为本单元的讨论重点。正如我在本文中强调的其他问题一样,这种伦理困境不仅在学术研究中极为重要,而且所引发的争议也备受关注。

学术研究中的欺骗争议主要反映在科学受益与被试权利的冲突层面上:

> 对隐私的尊重取决于对人类尊严的重视程度,并上升为对个体自主权的评价高度。很久以来,人们一直对人类尊严和自主性的尊重与学术自由之间的关系进行着不懈的研究。探讨这两种对立的价值观,既是现代自由主义的稀有元素,也对众多高深的学术研究极为重要。我们现在所面临的伦理争议——自由的知识好奇心与自主、隐私之间相互碰撞所产生的力量,丰富了现代社会意识的深刻性和复杂性,从而使我们产生了一种强烈的意识,这就是努力将这种力量转化为科学知识(Shils,1959,pp. 120-121)。

在参议院附属委员会关注政府研究之前,心理学家罗斯·斯塔格纳(Ross Stagner)就已经对此问题进行过讨论(Problems Concerning Federal Support,1967):

> 社会科学家对隐私权的保护,以及对精神窥视现象的防范有着不可推卸的责任。同时他们还具有收集资料、塑造人类历史的强烈动机和概化研究意义的强制性义务,所有这些都来自于社会科学家的忠诚度、敌意、恐惧和野心。

社会知情的需要与个体尊严及隐私权之间存在着明显的冲突(pp. 757-758)。

在现在使用的2002年伦理准则版本中,明确地指出了推动科学进步和维护个体隐私之间的矛盾。其中第8.07条,就是一条针对欺骗进行处理的实用准则。

本单元除了援引社会科学研究对上述冲突的相关讨论之外,所使用的材料也包括了一些看似普通,但却具有决策意义的争议:研究生成果(包括学术类和社会类)的利用问题,著作权问题(包括出版权),临床督导问题,以及完全不称职的教学问题。由于这些问题常常被伦理讨论所忽略,因此我希望通过对相关材料的引用,揭示上述问题的严重性,以便引起公众更多地关注。

参考文献

McGaha, A. C., & Korn, J. H. (1995). The emergence of interest in the ethics of psychological research with humans. *Ethics & Behavior*, 5, 147-159.

Problems Concerning Federal Support of Social Science Research: Hearings on S. 836 before the Subcommittee on Government Research of the Senate Committee on Government Operations, 90th Cong., 1st Sess. 757 (1967) (testimony of Ross Stagner).

Shils, E. A. (1959). Social inquiry and the autonomy of the individual. In D. Lerner (Ed.), *The human meaning of the social sciences* (pp. 114-148). New York: Meridian Books.

临床研究中的伦理透视 1

⊙ 大卫·M. 博塞夫与唐纳德·N. 博塞夫(David M. Bersoff and Donald N. Bersoff)

某一个为军方工作的心理学研究小组,他们对创造一种能够有效唤起被试对死亡或伤害产生恐惧的实验情境很感兴趣。他们希望通过这个实验,寻找到在战争压力下唤起士兵战斗行为驱力的决定性因素。这既是他们设计系列实验的首要目标,也是研究项目的组成部分之一。

被试群体为66位年龄在18—24岁之间的青年男子,在第一周的军事基础训练中,将他们随机分成三组,分别是:实验组、飞行控制组和地面控制组。实验组中的被试登上一架飞机并被告知这只是一次常规的飞行训练。当飞机的飞行高度到达海拔5 000英尺时,主试要求被试完成一份不相干的测试,随后等待飞机爬升到更高的高度。突然间,飞机东摇西晃地颠簸起来。机上乘客看到了一个推进器已经停止运转,随后他们从对讲机中听到驾驶员说飞机有故障,接着驾驶员直接通知乘客说此次飞行出现了紧急情况。实验者为了增加模拟情景的真实性,还通过耳机向乘客提供了一段地面和空中的模拟对话。当飞机掠过机场时,飞机上的被试可以看到跑道上布满了消防车和救护车,很明显,这些都是为飞机坠毁事故所做的准备。几分钟后,飞行员告诉乘务员,由于飞机着陆装置不能正常使用,要求乘务员要做好近海迫降的准备。

在此情况下,机组人员给机上每位乘客分发了一份紧急情况资料表(Emergency Data Form)。这是一份内容相当复杂的表格,要求乘客填写,以便使军方能够了解到乘客死亡后的财产处理情况。与此同时,飞机乘务员还向乘客发放了紧急状况指导测试表(Emergency Instructions Test),而该表的题目都是一些与航空紧急状况处理程序有关并要求乘客在飞机起飞前阅读的题目。填写紧急状况指导测试表的目的在于向保险公司证明,机组已经正确实施了紧急情况预警措施。此后,机组人员把这两份表格装入防水容器中,在飞机临近海面时把它投入了大海。随后,在指定时间内,飞机在机场安全着陆了。

在这项实验中,飞行控制组也乘了一次飞机,但在飞行中他们没有遭遇“引起死亡恐惧”的经历。地面控制组仅仅留在地面,他们也没有飞行经历。但是按照试验设计,三个组都完成了一套相同的应变测试。随后,实验者对每个被试进行了面谈,并要求提供一些尿样(对于实验组来说,收集尿样或许只需将其内裤上的尿液拧入容器中就行了)。如同研究人员所预期的那样,实验组比控制组承受了更多的

压力,在完成紧急状况资料表和紧急状况指导测试表时会犯更多的错误,而且他们的尿样中所含的皮质类固醇明显偏高,这种激素正是压力反应的生理指标。

通过上述水上迫降实验(Berkun,Bialek,Kern, & Yagi,1962),我们可以得出三个基本的、有引导性的观点。

第一,伦理研究从根本上来说是一个方法学问题,研究者对每个程序做出的决策都含有潜在的伦理暗示。因此,不应在研究项目实施之后才来考虑伦理问题,而应在准备知情同意书和实验报告书的同时就对伦理要求给予充分的关注。如果水上迫降实验不符合伦理要求,那么大部分原因在于该实验的研究者所选择的方法缺乏对被试的同情。在本实验中,唯一合乎伦理要求的实验环节是当时在飞机上的实验人员制止了飞机真的坠毁。这项研究表明了一个事实,当制订研究方法时,如果只考虑科学目标而忽视了伦理因素,将会产生什么样的后果。

第二,伦理争议与科学家的研究态度直接相关。例如,如果研究者将被试视为物体、数据来源或者视为发表文章的工具,则很容易产生伦理争议。很显然,在水上迫降实验中,研究者已经将生态效度和研究目标置于被试的情感利益之上了。在这里,如果将被试(subject)这个名词和现在使用的参与者(participants)这个名词进行对比就会发现,在水上迫降实验中,被试都被当成试验品,当成了实验室里的老鼠,而不是一个自主的个体。事实上,被试都是一些慷慨地给予科学家时间、关注和大量精力的人;他们享有免受伤害并获得尊重的权利。对于研究者来说,在研究中将人类物化是一种诱惑,而抵制这种诱惑是研究者面临的最大伦理挑战之一。如同所有"以人为本"的行业,我们很难做到对那些理应视为衣食父母的人不持偏见。恰如销售人员经常只将客户看作赚钱的对象,餐厅服务员经常对客人表现出些许轻蔑态度一样,研究者也很有可能对被试产生偏见,尤其当这些被试经常爽约、表现出不合作态度以及偶然提供与实验假设相悖的数据时更是如此。不幸的是,心理学家既无法承担自律水平不足或者将被试视为物品的后果,又不能让自己的偏见影响实验方法。因此,与销售人员和餐厅服务员相比,心理学家对人的影响力将会更为深远。

这一点必须谨记,也最为重要。这是因为,在同等情况下,与普通人相比,心理学家对人的伤害更大。如果一个销售人员说客户是笨蛋,这仅仅是一种粗鲁的侮辱。如果心理学家说某个被试是笨蛋(如这个被试在智力模拟测验中的错误应答),那么被试就很有可能将这种评价理解为具有科学根据的诊断。

第三,对伦理问题的思考往往涉及方法的权衡问题。然而,这常会使人感到,高尚的职业伦理水平似乎与有价值的科学研究处于对立的境地。例如,水上迫降实验在方法上是有效的,我们可以想象,研究者会为他们在实验设计中所加入的每一个真实情境而感到自豪。在实验设计中,研究者不仅设计了关闭其中一个引擎的真实情景,还设计了故意让乘客听到紧急情况下陆空模拟对话的真实情境。最后,研究者还设计了让乘客看见跑道上排列着各种处理紧急事件设备的真实情境。如果人们把当时这些情景像看电影一样在脑中过一下,就会了解到乘客们填写那些表格的原因,这意味着他们可能在坠机事件中无法生还。不仅如此,为了加强真实情景的效果,研究员还进一步介绍了在飞机坠毁前投放防水容器的"聪明"点子。至此,研究者所设计的每一个情境都在于让被试确切无疑地相信,他们的生命正处于危险的紧急关头。这也正是该研究导致伦理争议的关键点,它使人们遭受到了死亡的恐

惧。如果研究者意识到了这种伦理争议,那么他们应该进一步设计出缓解死亡恐惧的补救实验,并把补救实验成果视为观察死亡恐惧对心理功能的影响作为其研究目标的一部分。

在类似的研究情境中,我们会发现这样一个事实,似乎良好的伦理观对科学发展起着阻碍的作用,这里有几种情况值得考虑。第一种情况是,那些已经被阐明的问题是否值得再研究。因为一个可以提出的问题并不意味着它就应该被提出。例如,塔斯科基(Tuskegee)曾经做过一个臭名昭著的研究,这就是在对梅毒感染病人不进行医疗处理的情况下,观察病人肌体的腐烂过程。可以肯定的是,医学研究无须非要在这种观察中才能收集资料,更有甚者,研究者在此之前已经找到了治愈这种疾病的方法。与之密切关联的问题是,研究所要获得的知识价值是否足以与病人所遭受的痛苦媲美。对知识的追求并不是人类最高尚的品德,仍有其他的东西更为重要。也许了解人们在面对死亡恐惧时的反应,远不如尊重人权的伦理准则来得重要。对于军队而言,尽管了解士兵面对死亡的反应很重要,但更重要的却是根本就不应该把此问题提出来。但话又说回来,决定放弃一项研究毕竟是一种极端的做法,即便放弃了这项实验,研究者也未必能够找到解决伦理关注和研究目标之间冲突的有效途径。

对此,我们是否可以考虑一下用一种相对不同的、简单的、也更加符合伦理原则的方法来实施我们的研究。在水上迫降实验中,或许研究者可以设计不把普通人置于真正的空难,但又能引起明显恐惧感的情景模拟实验。如果仅仅把死亡恐惧看作是连续性恐惧的极点,那么对于恐惧感较弱的被试,研究者仍能获取有用的信息。如将准备进行第一次跳伞训练的伞兵分配到实验组里。这类伞兵肯定会产生类似于像死亡恐惧这样的恐惧感,因此,我们可以对职业伞兵作出假设,由于他们对恐惧情境具有选择权,所以他们所引发的恐惧情绪在激烈程度上将比普通被试弱一些。

第二种情况是,与其检查实验中的操作问题,倒不如利用自然情境来获取更多有用的研究信息。例如,探索治疗癌症的研究者所寻找的被试样本,应该是那些已经患上癌症的病人,而不会是那些先使其患上癌症然后再将其治愈的人。同样,在水上迫降实验中,研究者与其模仿一次飞机坠毁事件,倒不如寻找那些正在发生的战争情境(类似的战争情境经常在世界的某个地方发生),并挑选一些正在处于生命恐惧中的前线士兵作被试。

上述两种情况说明了实验方法和伦理之间的联系。对于一个善用方法且富有创造精神的实验人员来说,他们几乎总是可以找到符合伦理准则的实验方法。相反,蹩脚的实验人员常常无法设计出符合伦理准则的研究。质量低劣的实验设计,即使在其他方面不出大错,也会在时间、精力和资源等方面显示出不符合伦理准则的问题,其理由是,我们原本可以把这些时间、精力和资源用于具有良好潜质的研究上(Rosenthal,1994)。更有甚者,质量低劣的实验设计常常会产生错误的、人为的结果,这些结果将会导致诸多的不良后果,如衍生出对质量低劣的实验设计的进一步研究、对制定政策的误导作用,以及引发公众的误解。

初看起来,伦理要求似乎与心理学研究呈对立关系,类似于最高法院和国会的关系。然而,法院的工作目的并不是为了阻碍国会的工作,而是为了保证国会不会侵犯基本人权。即使法院的判决有时被国会认为是不受欢迎的干预,但从长远利益

来看，他们的服务恰恰是为了保护国会和政府的统一。心理学研究，如同我们的政府一样，只有在造福于民众的情况下才能生存。如果任何一个研究机构违反伦理准则、滥用资源或对社会价值缺乏关注，那么它将会受到处罚甚至被取缔。机构审查委员会（IRBS）就是这样一个考核研究机构是否存在上述现象的组织。在社会对心理学研究芥蒂不断增长、资金日趋紧张的今天，规章制度也会相应更加严谨。然而从长远利益来看，心理学作为一门科学，优良的伦理操守所带来的收益，远高于为了防患于未然而强加在研究方法上的限制（选自 Kendall, P., Butcher, J., & Holmbeck, G. (Ed.)，《临床心理学研究方法手册》(pp. 31-53)。Copyright 1999 by Wiley。本材料的使用得到 John Wiley & Sons 和出版社的许可）。

参考文献

Berkun, M. M., Bialek, H. M., Kern, R. P., & Yagi, K. (1962). Experimental studies of psychological stress in man. *Psychological Monographs: General and Applied*, *76*(*15*), 1-39.

Rosenthal, R. (1994). Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. *Psychological Science*, *5*, 127-133.

心理学研究的实验、分析和撰写报告的科学性与伦理准则[1]



◎ 罗伯特·罗森塔尔(Robert Rosenthal)

……

心理学研究的引用

研究的设计问题

一个研究小组准备向机构审查委员会提交一份研究方案,该方案提出的假设是私立学校比公立学校更能促进儿童的智力发展。所选择的被试是随机从某些私立学校和公立学校经过各种测试并获得绝对安全保障的学生,研究者试图通过比较两类学校学生的测验成绩来验证上述假设。然而,这项研究还是由于设计上的缺陷引起了伦理争议。此项研究的目的在于比较私立学校和公立学校对学生成绩的影响,但是,因为这种研究设计缺乏随机性,缺乏作出一些尝试性的、合理的相反假设,所以无法得出相应的因果推论(Cook & Campbell,1979)。

那么,劣质的实验设计又是如何产生伦理争议的呢?很明显,学生、教师和管理者原本可以把自己的时间用在更为有益的教育实践中去,但是劣质的实验设计很可能使研究结论不精确甚至没有根据,同时这些结论也很有可能会直接地或间接地对支持这项研究的社会各界造成伤害。此外,它还侵占了优秀研究设计所需的时间和资金资源。

被试招募问题

……

在查阅文献的基础上,我和我的朋友及同事拉尔夫·罗斯纳曾经设计了一些减少被试偏见的有效程序,并藉此提高研究结果的适用性(Rosenthal & Rosnow,1975,1991;Rosnow & Rosenthal,1993)。这些程序的使用可以引导我们将人类被试视为"出资单位",同时,由于被试为研究慷慨地付出自己的时间、精力与合作,所以我们确信他们对研究作出了贡献。因此,我们应该把告知此项研究长远利益的相关信

---

〔1〕 选自 Psychological Science,5,127-133. Copyright 1994 by Wile,引用得到了作者和出版社的许可。

息,作为对被试贡献回馈的组成部分。此外,在被试提供信息时,我们有责任避免夸大其辞(hyperclaiming)。

夸大其辞问题 夸大其辞就是假定即将参与研究的被试、赞助机构、同事和管理者有能力对研究声明作出评判,而在研究声明中告知他们,该研究有可能会取得一些在实际上无法达到的目标。但是,如果被试不具备这样的能力,我们就应该告诉他们此项研究实际能完成什么,而不是夸大其辞地声称,此研究将能够治愈诸如恐慌紊乱症、抑郁症、精神分裂症或癌症等无法达到的研究目标。

因果主义(Causism)问题 与夸大其辞紧密相连的是因果主义现象。因果主义是指试图在根本没有联系的因素上暗示因果关系的存在(即研究数据不支持研究结果)。

……

如果研究者在无意的情况下造成了因果主义后果,那么说明研究者缺乏科研培训,如果研究者已经意识到此项研究存在着因果主义,那么这就是公然违反伦理准则的行为,也是失实的欺骗行为。

……当一个研究方案试图运用因果词语表述时,那么此方案代表了一种不公平的招募计划。如果研究者在不知情的情况下实施了此计划,那么它的最佳效果也只能得出一类不准确的研究结果;如果此方案以夸大其辞的方式招募被试,以达到提高审核通过率的目的,那么它将是一个最糟糕的、最不诚实的方案……

劣质研究的伦理问题

因果主义仅仅是劣质研究中的一个例子。在所有研究项目中,研究设计、数据分析和研究报告中,劣质研究都会损害研究的公正性。我相信这个评价不仅仅适用于劣质研究中对被试的欺瞒,或使被试产生不适感或局促不安感等情况,同样也适用于那些参与优秀实验设计方案的被试。如果因为劣质设计方案而使研究无法受益,那么我们怎么能够对被试所付出的时间、关注、精力做出公正的评价,又怎么能够对研究本身所消耗的时间、空间、物资及其他资源的使用做出公正的评价呢?……基于上述原因,我相信IRBS在审查研究方案时,一定会把研究者的科学技术能力作为考察的指标之一……

研究的回报问题

当面对一个有问题的研究方案时,无论是个别审查员还是机构审查委员会,一般都会用到成本—效用分析法。在这种分析方法中,审查者会把对被试的负面影响、时间、资金、物资、精力和其他资源一并划归到研究成本之中,同时,审查者还会将该项研究的成本因素和其他研究的被试、时间、科学性、研究者利益等效用因素进行对比。相比较而言,高质量的研究项目以及重大课题的研究项目,其潜在利益会大于劣质研究项目和一般课题的研究项目。任何低效用、高成本的研究都应该被剔除,然而,如何作出成本和效用之间的持平估计往往是一个难题。

放弃研究的代价问题 罗斯纳和我(即罗森塔尔)越来越深信,使用成本—效用分析法有其局限性,因为它无法考察放弃某项研究所付出的成本(和效用)(Rosenthal & Rosnow,1984,1991;Rosnow,1990;Rosnow & Rosenthal,1993)。

和进行某项研究一样，放弃一项本应开展的研究也应对其伦理背景进行评估。行为科学家可能有很多机会去研究如何减少暴力行为、种族主义行为或性别歧视行为，然而，新的问题又来了，如果在没有澄清伦理问题的情况下，研究者往往会因为该课题含有欺骗成分而拒绝研究……

斯坦福大学法学院（Standford University Law School）的约翰·卡普兰（John Kaplan，1988）在他的精彩演讲中，提出了丧失研究机会的概念。他的演讲内容涉及使用动物，并努力推动"动物维权"活动，也即提倡"我们是否具备研究动物的能力"这一观念……"我们不可能知道那些未进行的实验研究所将要付出的代价有多高，因此，谁来为那些病患、为那些遭受痛苦的人，以及为未来作出承诺呢？"（p.839）……

数据分析如同伦理竞赛

剔除数据

数据分析中既存在明显的伦理准则问题，也存在潜在的伦理争议问题。分析根本不存在的数据（即伪造数据）是最明显、最严重的违反伦理准则问题。而剔除不能对研究者的理论、假设或承诺提供支持的数据则是最常见的伦理争议问题。

拒绝异常值 在数据分析中，对异常值或极端值的处理历来存在着传统的惯例，这个惯例可以追溯至200年前（Barnett & Lewis，1978），所涉及的范围既包括技术争议，也包括伦理争议。其中技术争议与用最佳方法处理异常值有关，不涉及对研究者理论的支持。而伦理争议则与研究者的理论与选择异常数值的处理方法有关。例如，一些证据显示，如果数据中的异常值看起来与研究者的理论相悖，则更容易被拒绝。反之，如果数据中的异常值支持了研究者的理论，则对这种数据的处理方法就大不一样（Rosenthal，1978；Rosenthal & Rubin，1971）。那么，在研究报告中，研究者应该对剔除异常值这个事实做出说明，或者在脚注中说明保留异常值对分析结果的影响。

主题筛选 对数据进行主题筛选也是一种剔除数据的方法。这种情况同样也存在技术争议和伦理争议。我们或许有很好的技术理由剔除某一组数据，例如，该组数据样本量过小，或剔除数据之后更有利于和其他研究结果进行比较。然而，当剔除的原因是因为这组数据不支持研究者的理论时，就会出现伦理争议。因此，当要剔除某一组数据时，我们必须报告这一事实，并且要知晓倘若保留这一组数据将会对分析结果产生何种影响，并应对未报告者给予追究。

应用之美

我们总是被告知，用多种途径分析和再分析数据在技术上是不恰当的，甚至是不符合伦理准则的（例如，偷换数据）。我们也被告知，可以用特定的预测验检验假设，并选取显著性水平达到0.05的数据支持我们的分析结果，但我们还被告知，当结果达不到0.05的显著水平时，我们应该勇于面对事实，并且绝不要对该组数据进行再分析……

……非正常数据的处理理念在时间、精力、资金和资源上造成了浪费。如果一项研究值得进行下去,那么它的数据就应该是完全值得分析、值得公开的数据,只有这样,被试、资助单位、科学团体和社会所付出的时间和资金才是值得的……

元分析(Meta-analysis)如同伦理约束

元分析指的是一类可对任何研究领域进行量化综述的概念和程序(Glass, McGaw, & Smith,1981;Rosenthal,1991)。与传统文献综述相比,在应用统计学的实证性研究中,元分析程序明显在精确化、综合化、系统化等方面显示出了优越性,其统计功能也更为完善(Cooper & Rosenthal,1980;Hedges & Olkin,1985;Mosteller & Bush,1954)……

提高效用评估水平 元分析具有一个特殊的功能,这就是它可以提高综述研究的效用,因而可以使研究者对数据有更深入的了解。当用元分析程序综合分析某一类研究时,由于它提高了所有纳入综述中的独立研究的效用,因此也会对纳入分析的所有人类被试所投入的时间和精力做出更合理的评估。每个个案研究都包含着资金、材料、空间、时间、投入的精力和所需资源等附加成本,由于提高了个案研究的效用,对这些成本的估计也会相应做得更加合理。而当我们把每一个研究信息结合在一起时,就可以通过详实的元分析研究结论来提高个案研究的效用。

在本应使用但却没有使用元分析程序进行综述研究的情况下,由于错失了提高个案研究效用的概率,所以常常会导致伦理争议。另外,当研究者用公众资金或其他资源进行文献综述研究时,考察资源使用是否合理,或实施方案是否符合伦理准则显然是一种公平的举措。现在,我们已经知道如何通过元分析方法对文献资料进行总结。然而,在预元分析(Pre-Meta-analysis)阶段,还难以做到用量化的方法对大量文献进行综述……

报告心理学研究结果

失实报告结果

我们对大自然这位母亲,即使没有额外的困难,也很难撩起她神秘的面纱。而一些根本不存在的结果或推论常常是造成这些额外困难的始作俑者。诚然,所有对数据结果的失实报告都阻碍了科学研究的进步,然而在一些报告中出现的违反伦理准则的行为会比其他情况更加明显。

故意失实 最公开、最大胆的故意失实行为莫过于报告那些根本不存在的数据(Broad & Wade,1982)。

这样的行为一经发现,肇事者的科学生涯也就到此结束了(或者应该让其结束了)。另外一种隐蔽的故意失实做法是研究者将那些更可能支持其假设的被试,有意分配到实验组或控制组中。还有一种潜在的故意失实做法是,研究者并不清楚被试的施测情况,却使用了他们的反应记录数据,或者是研究助理在同时得知研究假设和被试施测条件的情况下制造数据。当然,如果是一项研究专门研究盲目操作而导致研究失败的项目,那么将不存在失实之说,但若不是,则此类设计就是极不明智的。

非故意失实 在数据收集过程中，各种各样的错误都会导致非故意失实现象的发生。记录错误、计算错误和数据分析错误都会导致实验结果精度下降，这是由于疏忽所造成的失实现象（Broad & Wade，1982；Rosenthal，1966）。我们通常不会把这种情况视为伦理争议的起因，除非数据中的错误确实降低了研究效用，促成了成本—效用率（用于对研究作伦理背景的判断）往不利的方向发展……

研究名誉的虚报

……

著作权的争议 心理学研究论文众多，且很多科学著作都是以合著的方式出版的，因此不可避免地会产生著作权的分配问题。那么在此类情况下，谁是合著者，谁又是第二作者？在所有的合著者中，谁应该排在第一位，谁应该排在最后一位，或者中间的某一个位置？尽管对此类问题的讨论已经很深入，也有常规性指导方针（APA，1981，1987；see also Costa & Gatz，1992），但似乎还有继续深入研究的空间，我们可以通过对作者、编辑、受委托人、学生、实习生和教师等不同职业的人进行研究，从而根据他们在学术研究中所履行的职能来对著作权名次进行排列，从而更深入地了解此问题。

无法结题或出版的研究

有时候，伦理问题并不是由研究报告内容的准确性、著作权这些问题引起，而是与内容或原因无法结题有关。无法结题有自审和外审两种主要审查方式。

自审 自审在有些方面值得肯定。尽管有一些研究在研究方法上质量不高，但研究成果还是可能对科学和社会做出了基础的贡献。有一些自审出发点不错，但却在浪费数据资源。例如，一些研究者觉得他们不应该引用自己（或其他人的）未发表的数据，因为这些数据并没有通过同行的审查。我对此提出异议，只要这种数据收集方法正确，那么它们就值得引用或作为元分析数据。

然而，自审也存在一定的局限。例如，尽管研究者已经获得了研究数据，但当这些数据和以往的理论和价值观相悖时，研究者常常不愿报告这些数据，这是一种缺乏科学观和伦理观的表现。对此，有一种大家都能够普遍接受的、约定俗成的方法：为了保证研究的科学性和完整性，研究者应该在不受原定假设影响的情况下报告所有的研究结果；或提供可能对其他研究者有用的数据。

……

外审 外审决定着研究的开展与终止。如果没有编辑、审核人员和项目委员们等同行参与外审，科学界将会比现在更加混乱。正因为这些守门人的支持与帮助，才使主流期刊不至于刊登那些质量低下的科研论文。

外审有两个基本方法。一是研究方法评估法。我强烈推荐这种方法，如果研究确实很糟糕，那么它不应该结题。二是结果评估法。在我 35 年的心理学学术生涯中，曾经见到过或听到过一些研究被评价为“不可能出现这样的研究结果”或“这样的研究结果毫无意义”。当看过这些研究后，我经常也会产生同样的看法，产生这样的研究结果确实让人难以置信。然而，上述的评论在基础上并不充分。外审也许增加了先验的成分，从而使我们压制了不喜欢或不相信的结果，此种做法无论在科学上还是在伦理行为上都显得很拙劣（Rosenthal，1975，1994）。

参考文献

American Psychological Association. (1981). Ethical principles of psychologists, *American Psychologist*, 36,633-638.

American Psychological Association. (1987). *Casebook on ethical principles of psychologists*. Washington, DC: Author.

Barnett, V., & Lewis, T. (1978). *Outliers in statistical data*. New York: Wiley.

Broad, W., & Wade, N. (1982). *Betrayers of the truth*. New York: Simon and Schuster.

Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.

Cooper, H. M., & Rosenthal, R. (1980). Statistical versus traditional procedures for summarizing research findings. *Psychological Bulletin*, 87, 442-449.

Costa, M. M., & Gatz, M. (1992). Determination of authorship credit in published dissertations. *Psychological Science*, 3, 354-357.

Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage.

Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. New York: Academic Press.

Kaplan, J. (1988). The use of animals in research. *Science*, 242, 839-840.

Mosteller, F., & Bush, R. R. (1954). Selected quantitative techniques. In G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology: Vol. 1. Theory and method* (pp. 289-334). Cambridge, MA: Addison-Wesley.

Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Rosenthal, R. (1975). On balanced presentation of controversy. *American Psychologist*, 30, 937-938.

Rosenthal, R. (1978). How often are our numbers wrong? *American Psychologist*, 33, 1005-1008.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Rosenthal, R. (1994). On being one's own case study: Experimenter effects in behavioral research—30 years later. In W. R. Shadish & S. Fuller (Eds.), *The social psychology of science* (pp. 214-229). New York: Guilford Press.

Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1975). *The volunteer subject*. New York: Wiley.

Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1984). Applying Hamlet's question to the ethical conduct of research: A conceptual addendum. *American Psychologist*, 39, 561-563.

Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1971). Pygmalion reffirmed. In J. D. Elashoff & R. E. Snow, *Pygmalion reconsidered* (pp. 139-155). Worthington, OH: C. A. Jones.

Rosnow, R. L. (1990). Teaching research ethics through role-play and discussion. *Teaching of Psychology*, 17, 179-181.

Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1993). *Beginning behavioral research: A conceptual primer*. New York: Macmillan.

Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis*. Reading, MA: Addison-Wesley.

评论:

罗森塔尔的长篇大论是否有助于我们发现科学研究中有悖于伦理准则的行为？在排除了将被试置于冒险环境或遭受伤害的情况下，把有缺陷的研究方法视为违反伦理准则的行为是否恰当？对此，请参见：

Parkinson, S. (1994). *Scientific or ethical quality?* *Psychological Science*, 5, 137-138.

Pomerantz, J. R. (1995). On criteria for ethics in science: Commentary on Rosenthal. *Psychological Science*, 5, 135-136。

罗森塔尔的研究中有一个争议点，因为质量低劣的研究即使不会对被试产生明显的伤害，也仍然浪费了时间、精力和金钱，对此，机构审查委员会(IRBS；参见以下两个摘录)应该承担对所有研究项目科学性和技术质量的评估责任。那么，研究方案应该怎样保持自主一致性呢？将科学价值和伦理准

则混淆起来是否恰当？一些具有说服力的评论，以及罗森塔尔的详细解答，请参见：

Colombo, J. (1995). Cost, utility, and judgments of institutional review boards. *Psychological Science*, 6, 313-319.

Mordock, J. B. (1995). Institutional review voards in applied settings: Their role in judgments of quality and consumer protection. *Psychological Science*, 6, 320-321.

Rosenthal, R. (1995). Ethical issues in psychological science: Risk, consent, and scientific quality. *Psychological Science*, 6, 322-323.

罗森塔尔并不仅仅出于理论的思考。他对自然科学（参见，e. g., Chang, K. [2002, October 15]. On scientific fakery and the systems to catch it. *The New York Times*, pp. F1, F4）和社会科学中关于故意失实的担忧（参见，e. g., Murray, B. [2002, February]. Research fraud needn't happen at all. APA Monitor, pp. 27-28）发表在与科学欺骗相关的刊物上。请参见2002版伦理准则（2002 Ethics Code）中的标准8. 10（Standard 8. 10）（Reporting Research Results）。

The furor over a meta-analysis of the effects of child abuse by Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). Meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.（研究结果表明，尽管性关系的危害存在于成年人和幼儿之间，但这种关系特别容易对性成熟期和青春晚期的群体造成危害），这些例子也表明了罗森塔尔对审查状况的关注。进一步的讨论请参见：Albee, G. (Ed.). (2002). Interactions among scientists and policymakers: Challenge and opportunities (special issue). American Psychologist, 57；也可参见 Bjork, R. (2000). Independence of scientific publishing: Reaffirming the princeple. *American Psychologist*, 57, 141-142。林德等人（Rind et al）曾经给美国国会递交过一份议案。在众议院434位投票成员中，有355票赞成对有质量问题的文章进行处罚。66位缺席成员中，无人投反对票。另外，13票投给了“当前的处理方式”，也就是要求作者“自律”，这13位成员包括布莱恩·贝尔德（Brian Baird）和泰德·斯特里克兰（Ted Strickland）（前俄亥俄州州长），他们均为心理学家。在此之后，美国国会一致同意对此方案予以支持。欲详细了解这段历史，美国心理学会和美国科学发展联合会（American Association for the Advancement of Science）的反应，以及对该方案的批评和支持，请参阅 Pittenger, D. J. (2003). Intellectual freedom and editorial responsibilities within the context of controversial research. *Ethics & Behavior*, 13, 105-125。

然而不幸的是，长期以来，生物医学界和行为科学界始终缺乏对实验操作方法的伦理思考。正如伯索夫等人（Bersoff & Bersoff, 1999）所指出的那样，本章前面所引述到的文章，即塔斯科基梅毒实验，堪称最臭名昭著的生物医学科学研究案例（不包括纳粹在集中营中进行的实验）。直到1972年，美国公众才知道，在过去的40余年里，在美国公共卫生服务机构（U. S. Public Health Service）的带领和指导下，尽管没有任何证据可以证明被试是自愿参与该实验，但却有大约400多名黑人男性在阿拉巴马州参与了感染梅毒病菌，而不给予医学治疗将会导致何种效果的实验。在社会科学中，引起政策制定者关注的实验不是水上迫降实验，而是米尔格拉姆（Milgram）服从实验。该实验获得了令人震惊的结果，但却因研究欺骗成为公众关注的焦点，也即研究者对被试实施了欺骗行为。该实验设计如下：研究者告知被试，他们将要参加一项学习实验，每一个被试都被派到一个由4人组成的实验组中，每组中的真实被试并不认识其他3个人，而实际上这3个人是

米尔格拉姆的助手。其中一个助手冒充学生，要求真实被试担任教师角色，他的工作是对学生进行记忆学习任务指导，并且要求他对犯错误的学生给予电击惩罚。研究者在天真的被试面前摆放了一块假控制面板，上面标有电击强弱程度的标度。实验要求每当学生犯错误时，教师必须对学生实施电击惩罚。实际上，这个控制面板并没有连接任何电路，学生也没有真的在学习。因此，此实验在实验目的上就欺骗了被试。那些假学生们一方面故意犯错误，诱使被试给他们施加最大的电击量，另一方面，又在电击后装作很痛苦的样子，使被试能够清楚地观察到他们的反应。当被试犹豫时，研究者就会催促被试必须继续完成实验。在1 000多个被试中，有60%的人完全服从了研究者的命令，将电击强度升到了最高点。此实验之所以恶名远扬，不仅因为其结果令人吃惊，还因为在实验过程中研究者对被试实施了欺骗行为。被试在实验中以及实验后都表示出了羞耻、反感、焦虑和极度紧张。参见 Milgram, S. (1963). Behavioral studies of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378。

另外一个重要的实验研究是斯坦福监狱模拟实验(Stanford Prison Experiment, SPE)，在这个实验中，菲利普·津巴多(Philip Zimbardo)和其助手建立了一座假监狱。他们将23名志愿者分成囚犯组和狱卒组：实验进行到第二天，狱卒们逐渐变得残酷起来，他们拒绝给“囚犯”(实际上是斯坦福大学的同学)提供食物和水，不让“囚犯”睡觉，不断地用各种方法对“囚犯”进行惩罚，并脱掉“囚犯”的衣服鞭打他们。原本计划要持续两个星期的实验，菲利普·津巴多博士却不得不在五天后就宣布结束了。参见 Haney, C., Bnaks, C., & Zimbardo, P. (1973). International Journal of Criminology and Penology, 1, 69-97。在最近的一个综述研究中，援引了津巴多的话，他说米尔格拉姆告诉他，“你的研究转移了公众对我的伦理关注，人们现在都认为你的研究是有史以来最不符合伦理准则的，而不是我”。Dreifus, C. (2007, April 3). Finding hope in knowing the universal capacity for evil. The New York Times, p. F2。关于斯坦福监狱模拟实验和米尔格拉姆服从实验所包含的伦理争议启示，请参阅 Zimbardo, P. (2007). *The Lucifer Effect*: *Understanding How Good People Turn Evil*. Yew York: Random House。

由于以上这些实验，使得美国卫生、教育和福利部门(现在的美国卫生和人类服务部门，U. S. Department of Health and Human Services, DHHS)不得不在1974年公布了保护人类被试条例。这些条例出台的目的旨在管理那些获得研究资金的研究者和美国卫生和人类服务部门所属的机构。这些条例现在已经正式成为联邦条例(45 CFR 46)，在该条例的条款中，对政府的政策作了明确的说明：

> 部门和机构……只有经过证明……该研究已获得机构审查委员会的审核通过后……并且在接受机构审查委员会监管的情况下，才能进行研究或为其研究提供资助……”(45CFR 46.103(b))

在以下的内容中，我们将会看到该条例的相关内容。

在条例出台后不久，美国国会专门成立了国家委员会，目的是为了保护生物医学和行为学研究中的人类被试。除了制定伦理准则和明确一般知情权之外，还对被试的知情同意给予了特别关注。国家委员会认为，对于参与实验的被试而言，如囚犯、儿童和被收容的精神病人，他们并没有申请知情同意的能力或者原本能力就有限。因此，国家委员会对使用囚犯和儿童被试的相关

内容做了修改，并且把这些内容以条例形式向社会公布（参见下一个摘录）。然而耐人寻味的是，国家委员会关于使用精神病人被试的条例却未被美国卫生和人类服务部采用。正如德雷瑟（Dresser，1996）所指出的那样：

> 美国一直没有制定出将精神病患者作为被试进行研究的相关政策。相反，联邦法律认证机构审查委员会却提出了建议，认为应当把对精神病患者作为被试的保护措施也纳入人类实验的基本管理条例中。（p.67）

在既缺乏联邦政府条例，又要遵守基本伦理准则的情况下，德雷瑟提出了如下建议：

1. 强化正常被试自主、自愿程序的规范性，为他们提供一个与家人或朋友商议的机会；

2. 当需要病态被试参与研究时，须委派代理委托人，并且告知代理委托人相关的伦理准则；

3. 如果该研究无法为被试提供直接利益，那么在被试群体中，就应该排除反对者和不能做决定的人；

4. 根据实验计划，专门为被试群体解释研究的真实目的以及研究方案的伦理审核结果。

参见 Dresser，R.（1996）. Mentally disabled research subjects：The enduring policy issues. *Journal of the American Medical Association*，276，67-72。

此外，为了在研究中使用精神障碍被试，国家生物伦理咨询委员会制定了相应的推荐条例，这些条例在很多方面与德雷瑟教师的建议一致。请参阅 National Bioethics Advisory Commission.（1998）. *Research involving persons with mental disorders that may affect decision-making capacity*（*Vol.* 1）. Rockville，MD：National Bioethics Advisory Commission；也可以参阅 American Psychiatric Association's Task Force on Research Ethics.（2006）. Ethical principles and practices for research involving participants with mental illness. *Psychiatric Services*，57，552-557。使用智力迟钝被试的政策使用指南，请参阅 Dinerstein，R.，Herr，S.，& O' Sullivan J.（Eds.）.（1999）. *A guide to consent*. Washington，DC：American Association on Mental Retardation。最后，对以上三个案例有趣且正式的讨论，请参阅：Ethics & Behavior：（a）a young schizophrenic woman with fluctuating decisional capacity；（b）a middle-aged mentally retarded man with impaired decisional capacity；and（c）an elderly woman suffering from the beginning stages of Alzheimer's disease with diminishing decisional capacity。参见 Fisher，C.（Ed.）（2002）. *The forum. Ethics & Behavior*，12，279-293。关于未成年儿童的精辟讨论，请参阅 Fisher，C. et al.（2002）. Research ethics for mental health science involving ethnic minority children and youth. *American Psychologist*，57，1024-1040。

20 世纪 90 年代初，联邦机构曾对一项把确诊为精神分裂症人作为被试的研究进行了严格的审查。其起因是，一些参与研究的被试抱怨说，研究者没有告诉他们所用的药物可能对病情产生潜在的影响，尽管这些药物是研究的一部分，但是它们却可能导致病情的严重复发。该机构最终了解到，此研究并未完全治愈那些同意参与实验的被试。然而，大学机构审查委员会还是确认了该研究在方法上具有一定的科学性。请参阅 Office for Protection From Research Risks，Division of Human Subject Protections.（1994）. *Evalution of human subject protections in schizophrenia research conducted by the University of California，Los Angeles*. Los Angeles：UCLA。这是一篇颇具教育意义的研究案例。

在以下内容中，在把一般人类被试和囚犯、儿童等特殊人群作为被试方面，我将列出美国卫生和人类服务部门在管理和资助方面的相关政策。

保护人类被试的政策 3

⊙ 美国健康及人类服务部(U.S. Department of Health and Human Services)

A 部分——健康和人类服务部保护人类被试的政策

……

§46.101 该政策适用于哪些方面?

(a)除了本节(b)段中所提到的情况外,这项政策适用于所有涉及使用人类被试以及由人类被试支持的研究,联邦机构会采取适当的行政措施,由相应的部门或管理机构具体执行,使这项政策在研究中具有适用性。

(b)除联邦机构的总部有权提出其他要求之外,否则,当涉及人类被试参与的研究活动,只有在符合下列一种或多种情况下,才可以免除此项政策:

(1)在已经确定的或被普遍接受的、涉及常规教育实践的教育情境中进行的研究,比如:(i)对常规教育指导策略和特殊教育指导策略的研究;(ii)对指导技术、总课程或课堂管理方法上的效果研究或三者间的对比研究。

(2)使用教育测验(认知测验、诊断测验、能力测验和成就测验)、调查法、访谈法或对公开行为进行观察的研究,符合免除此项政策的条件。但下列情况例外:(i)通过录像记录行为举止,直接或间接泄露人类被试相关身份;(ii)任何泄露被试反馈信息行为、并有可能导致被试承担刑事或民事责任风险,或损害被试的经济地位、就业机会或名誉的行为。

(3)在本节(b)段第(2)条中,凡涉及使用教育测验(认知测验、诊断测验、能力测验和成就测验)、调查法、访谈法或对公开行为进行观察的研究,如有以下情况,则不能免除该条款:(i)人类被试被选举为或任命为政府官员或政府办公室的候选人;(ii)联邦法规明确要求在研究期间及之后都要保护个人可识别信息的保密性。

(4)对涉及收集和分析已有数据、文件、记录、病理分类或对诊断分类资料进行研究时,如果这些资料可以通过公开渠道获得,或者记录这些信息不会直接或间接暴露人类被试身份。

(5)由邦联机构总部批准或执行的研究项目和示范项目,以及用于研究、评估的项目或者其他考查的项目:

(i)公共福利或服务项目;

(ii)在上述项目中获得福利或服务的程序;

(iii)在上述项目或程序中存在的潜在变化或其他替代方法;

(iv)上述项目的福利或服务的支付水平和方法可能存在变化。

注释:本节内容来自:美国卫生及人类服务部,人类被试的保护政策,第46部分,第45款。

§46.107 机构审查委员会(Institutional Review Board,IRB)的成员资格

(a)每个机构审查委员会(IRB)至少要有五名具有不同背景的成员,对机构经常实施的各项研究活动进行完整和充分的审查。IRB需要通过其成员的经验、专业性、多元化(其中考虑到种族、性别和文化背景,以及对一些社会问题的敏感程度),标明其成员具备充分的审查资格,从而提高在保护实验对象权利和利益方面的忠告和建议的权威水平。除了需要具备对特定研究活动进行审查的专业能力之外,IRB还应该能够根据机构的责任和制度、根据相关的法律和专业标准,来确定提交上来的研究方案的可接受程度。因此,机构审查委员会应该包括在这些研究领域中具有广博知识的成员。如果机构审查委员会要对涉及弱势被试群体,如儿童、犯人、孕妇、身体残疾人士或智力残障人士的研究进行定期审查,那么,机构审查委员会的成员中则应该包括一名或多名该方面的专业人士,或者具备此类工作经验的成员。

(b)为了消除歧视,任何一个机构审查委员都要确保其成员不能完全由同一性别人员组成,其中包括:机构审查委员会不能以性别作为筛选成员的标准,而是考虑所有符合标准的男性和女性。任何机构审查委员会也不能完全由同一专业的成员组成。

(c)每一个机构审查委员会的组成人员至少应有一名主要从事科学研究工作的人员(即科研人员),并且至少还有一名不主要从事科学研究工作的人员(即非科研人员)。

(d)每一个机构审查委员会的组成人员至少应有一名是与申请部门无关的成员,并且该成员不能与申请部门的任何相关人员有直系亲属关系。

(e)除了提供机构审查委员会所要求的信息外,机构审查委员会成员不得参与与其有利益冲突的任何项目的初评及后续评审。

(f)在研究项目的审查中,为了审查那些超出委员会成员能力范围以外的项目,机构审查委员会可以邀请一些在特殊领域有相关能力的人士,这些特邀人士将不参加机构审查委员会的投票表决。

§46.110 针对已批准的项目中有微小改变,以及不超过最小危害范围的特定研究所设立的快速审查程序

(a)美国健康及人类服务部(Health and Human Services,HHS)秘书处已经统计出了一份研究类别名单,并公布在联邦登记簿上。这份名单列出了机构审查委员会进入快速审查程序的研究种类。通过与其他机构达成共识后,美国卫生及人类服务部秘书处在联邦登记簿中,会定期在再版版本中对这份名单进行修订。欲得到此名单的副本,请与美国玛里兰州贝塞斯达20892,HHS风险保护办公室联系。

(b)机构审查委员会可能通过快速审查程序来审查下列两种情况中的一种或两种:

(1)名单上已经列出的,并经审查员审查认为是无风险的部分研究或全部研究。

(2)在授权期限内(一年或少于一年)对已获批准的,只有细微改动的研究。

在执行快速审查程序时,由机构审查委员会主席,或者由主席在委员会成员中指定一个或多个具备丰富经验的审查员来执行此程序。在审查项目时,被指定的审查员可以行使机构审查委员会的所有权力,但不得拒绝该项研究。只有根据§46.108(b)条例中列出的非快速程序审查后,才可以拒绝该项研究……

§46.111 机构审查委员会批准研究的标准

(a)为了使包括在这项政策范围内的研究获得批准,机构审查委员会应审查研究是否满足下列全部要求:

(1)使被试承担的风险最小化:(i)研究程序与良好的、合理的设计程序相一致,并且使用研究程序时不能随意将被试置于风险中;(ii)在条件适当时,研究程序须满足为被试进行诊断或治疗的目的。

(2)如果研究给被试带来风险,那么被试的预期受益与风险之比应该是合理的,并且要在研究结果对知识贡献的重要性上作适度的预期。在评估研究的风险和收益时,机构审查委员会应当只考虑研究可能带来的风险和收益(就医学治疗中风险和收益的区分而言,即使不参与研究的被试,也可能存在某种风险和收益)。而不应该把从研究中所获得的有长期效应的知识作为其职责因素来评估风险(例如,研究公共政策的潜在风险)。

(3)要公平选择被试。在进行此项评估时,机构审查委员会应重视研究目的和研究的环境设置,特别要注意用弱势群体作被试可能会出现的一些特殊问题,这些群体包括儿童、囚犯、孕妇、智障人士或者经济状况不佳、教育程度不高的人。

(4)知情同意须按照§46.116的内容执行,即要求研究者要站在被试法定监护人的立场上选取被试。

(5)知情同意须根据§46.117的内容及其所规定的程序建立文档。

(6)在适当的时候,研究计划须制定出相应的条例,用以检查所取数据能否确保被试的安全。

(7)在适当的时候,须制定相应的条例来保护被试的隐私权,以及保护数据的保密性。

(b)当部分或所有的被试(如儿童、犯人、孕妇、智障者或者经济状况不佳、教育程度低下者)有可能因胁迫或不适当影响而遭受伤害时,为了保护他们的权利,研究计划中应包含额外的保护措施。

§46.116 有关知情同意的通用准则

除非本政策另有说明,除非研究者已经获得了被试本人,或与其法定监护人签订了合法且有效的书面同意书,否则任何用人类作被试进行的研究都不能超出本政策的规定。研究者必须为潜在的被试或其法定监护人提供足够的机会,让他们去考

虑是否同意参与研究，只有在无胁迫或无伤害的情况下，才能征得被试或其法定监护人的同意。向被试或其法定监护人提供的信息，无论是书面语言还是口头语言，都须是他们能够理解的语言。知情同意书不能含有辩解性的语言，因为辩解性的语言会导致被试或其法定监护人放弃或者意欲放弃他们的法定权利，或者会使研究者、赞助者、研究机构和代理人在玩忽职守时逃避责任或企图逃避责任。

(a)知情同意的基本要素。除了本节(c)段或(d)段的内容之外，在征得被试同意时，应向他们提供如下信息：

(1)研究声明，在声明中要包含对研究目的的解释，预计被试参与的时间，对研究程序的介绍，以及对已经确定的实验程序的介绍；

(2)对可能存在的风险或者可能对被试造成的不适做预见性说明；

(3)对可能给被试带来的收益，或预期从研究结果中可能给他人带来的收益进行说明；

(4)如有可能，为被试提供其他有利的治疗程序或课程；

(5)如果有可能，为被试提供一份保密声明，告知他们研究记录中有可能透露身份的保密记录在多大程度上会得到保护；

(6)研究方案中不仅须包括对最小危害的说明，还要包括对是否有赔偿的解释、出现伤害时是否会获得治疗的说明，如果需要进行治疗，应包括哪些治疗内容，或者可以从哪里获得更多的治疗信息；

(7)研究方案中应包含谁具有对该研究和被试权利等相关问题的解释权，被试受到伤害时应该和谁联系；

(8)声明，被试是自愿参与研究的，被试有权拒绝参与研究，不会因此产生任何处罚和利益损失。同时他们也有权随时退出，也不会产生任何处罚或利益损失。

(b)知情同意的额外条款。使用时要给被试提供下列一条或者多条信息：

(1)声明：研究中的特殊治疗程序可能会给被试带来一些目前无法预见的风险(如在被试已经怀孕或可能怀孕的情况下，会给胎儿带来一些当前无法预见的风险)；

(2)在特殊情况下，研究者无需征得被试的同意，可以终止被试的参与行为；

(3)因参与研究给被试造成的额外支出；

(4)根据研究目的，如果需要有序地终止被试的参与行为，需说明被试退出后对研究的影响后果；

(5)声明：如果研究得到了与被试有关的重大发现，要向被试告知所取得的新发现；

(6)研究所需要的大致被试人数。

(c)机构审查委员会有权批准知情同意程序，该程序不包括、也没有修改上述知情同意的某些或全部要素，倘若机构审查委员会发现或者记录了下述情况，可以宣布取消知情同意规定：

(1)该研究或所列出的项目是在当地政府或州政府官员的批准或控制下进行的，专门用于研究、评估或审查下列项目：(i)公共福利或服务项目；(ii)这些项目中为了获利或服务的程序；(iii)这些项目或程序中有潜在变化，或者这些项目或程序有潜在的替代方案；(iv)对于这些项目获利或服务来说，其付款水平或方法中存在

潜在变化；

(2)如果不取消或改变以上这些措施，该研究在实践中将无法进行。

(d)机构审查委员会能够批准一个知情同意程序，该程序不包括上面所列出的或者要修改的知情同意的某些或全部要素，或者当机构审查委员会发现或记录了下面情况时，可以宣布取消获得知情同意的规定：

(1)研究中被试仅会受到最小的危害；

(2)宣布取消或改变措施不会对被试的权利或利益带来负面影响；

(3)如果不取消或改变以上这些措施，该研究将无法进行；

(4)在适当的时候，为被试提供参与后的其他相关信息。

(e)本项政策中的知情同意规定并不是有意取代其他相关的联邦法律、州法律或当地法律。以上这些规定需要另行颁布，以便使知情同意具有法律效力。

(f)本政策并非有意限制医生提供紧急医疗护理的权力，只要在联邦法律、州法律或当地法律规定的范围内，允许医生拥有提供紧急医疗护理的权利……

C部分——在生物医学研究和行为研究中使用囚犯被试的附加保护条款

§46.302 目的

囚犯在决定自己能否成为被试的时候，可能会受到某些限制，因为他们正在被监禁，这一事实可能会影响到他们是否真的有能力做出自愿和不受胁迫的决定。以下附加保护条款正是为了在下列研究活动中，为保护犯人而设立的一些额外措施……

§46.304 在审查囚犯被试时，机构审查委员会的人员组成

除了须满足§46.107中的规定外，机构审查委员会还需承担本部分条款的相关责任，并且要符合下列特殊要求：

(a)除了委员会中的个别成员之外，机构审查委员会的其他成员(囚犯成员除外)不应与相关监狱有任何关系。

(b)委员会中至少须有一名囚犯成员，或者是有适当背景的、经验满足这一身份的囚犯代表，由多个委员会审查一个特殊研究项目时，只须有一个委员会满足此要求即可。

……

§46.305 在审查囚犯被试时，机构审查委员会的附加责任

(a)机构审查委员会除了承担这部分列出的所有责任之外，还要对附加条款承担审查责任，只有满足下列条款，研究才能被批准：

(1)审查条款§46.306(a)中的可允许研究类型；

(2)在使用囚犯被试过程中，囚犯在权衡自己获益和风险时，其指标应不低于监狱一般生活条件、医疗护理、食物质量、娱乐设施以及收入，即平衡研究风险和研

究受益；

（3）研究中所涉及的风险应与非囚犯被试所能接受的风险相当；

（4）抽取被试的程序对所有囚犯都是公平的，且不能受到监狱管理者或囚犯的干扰，除非研究者以书面的形式向委员会说明使用其他程序，否则控制组的被试必须从符合特殊研究项目特征的囚犯中随机抽取；

（5）解释信息的表述必须是被试群体可以理解的语言；

（6）确保假释委员会在决定给囚犯假释时，不会因为囚犯参与了研究而受到影响，并且要提前清楚地告知囚犯参与研究不会影响他们的假释……

§46.306 允许使用囚犯被试的研究

（a）由美国健康及人类服务部支持或实施的生物医学研究或行为研究，只有在满足下列条款时才能使用囚犯被试：

（1）负责研究实施的机构向健康及人类服务部的秘书长提交材料，证明机构审查委员会已经根据§46.305条款批准了该项研究；

（2）健康及人类服务部的秘书长将对包含以下情况的研究做出评估：（i）如果该项研究只给被试带来了不便或微不足道的危害，如研究囚犯被监禁的潜在原因、影响过程以及犯罪行为，那么此类研究可以进行；（ii）如果该项研究只是给被试带来了不便或微不足道的危害，如研究监狱管理体制和在押囚犯，那么此类研究可以进行；（iii）如果健康及人类服务部的秘书长已经向刑法学、医学和伦理学等方面的专家咨询过，并在联邦登记薄上备了案，表明他计划批准该项研究，那么可以进行对囚犯有特殊影响的研究（如对囚犯进行疫苗试验、肝炎研究；也可以针对酗酒、药物成瘾和性骚扰等内容，开展社会问题和心理问题研究）；（iv）应用研究具有创新性和可接受性，并且这项研究计划包含有提高被试的健康或幸福状况的内容。

对于一些需要和IRB批准的协议相一致的，需要将囚犯分配到控制组内（可能不会从实验中受益的小组）的研究，只有在秘书长已经向刑法学、医学和伦理学等方面的专家咨询过，并在联邦登记薄上备了案，表明他已经批准了该项研究之后，研究才能继续进行。

（b）除了在本节（a）中所列出的条款以外，由DHHS实施或支持的生物医学研究或行为研究不能使用囚犯被试。

D部分——使用儿童被试的附加保护条款

……

§46.402 定义

A部分§46.402中的定义也适用于本部分。以下条款适用于本部分：

（a）儿童尚未达到法律允许的、同意参与研究计划和相关程序应具备的法定年龄。

（b）同意意指儿童参与研究的具体协议。没有具体的协议，仅凭没有拒绝或没有表态不能视为参与承诺。

(c)允许意指双亲之一、父母亲、监护人同意儿童或被监护人参与研究。

(d)父母亲意指孩子生物学意义上的父母亲,或者是孩子的养父母。

(e)监护人意指在现行的州法律或地方法律的授权下,能代表孩子同意接受一般医疗护理的人。

§46.403 机构审查委员会的责任

除了这部分指定的其他责任外,机构审查委员会还要审查这一部分其他条款所涉及的研究,并且只有当满足了这一部分的所有条款后,研究才能获得批准。

§46.604 不涉及大于最小风险的研究

倘若研究对儿童存在最小风险,那么只有在机构审查委员会认为此项研究符合§46.408 的规定,并在征求儿童本人、他们的父母或监护人同意的情况下才能参与研究,健康和福利部门只有在这种情况下才能批准实施或给予资助。

§46.405 大于最小风险但使被试直接受益的研究

当研究方法或程序使儿童被试直接受益,但却会带来大于最小风险时,除非有一个能够保护被试利益的监督程序,并且只有在机构审查委员会认为该研究满足了以下条款时,才能获得健康和福利部门的批准和资助:

(a)风险与预期收益比例合理。

(b)对被试所承担的风险与预期受益的评估至少要有一个对被试有利的可替代方案。

(c)为了征得儿童、他们的父母亲或监护人的同意,须根据§46.408 中的相关条款制订协议。

§46.406 大于最小风险而不能使被试直接受益,但却有益于促进被试认识自我身心关系的研究

如果研究存在大于最小风险,并且未能提出使被试直接受益的实验方法或程序,或者其监督程序不以风险为关注焦点,那么,只有当机构审查委员会认为该研究满足以下条款,才可获得健康和福利部门的批准和资助:

(a)该研究只存在略高于最小危害的风险。

(b)该研究的方法或研究程序给被试造成的影响,在实质上与他们所经历的医疗经验、牙齿护理经验、心理、社会或教育情境影响相当。

(c)该研究的方法或研究程序能够促进被试对自身失调症状或身心状况的认识,而这些认识在理解或改善被试的失调症状或身心状况方面非常重要。

(d)为征得儿童、他们父母亲或监护人的同意,须根据§46.408 中的相关条款制定出相关规定。

§46.407 批准有可能对了解、预防或缓解影响儿童健康或福利等方面有促进作用的研究项目

只有满足下列条款,健康和福利部门才能批准或资助机构审查委员会认为不符

合§46.404、§46.405 或§46.406 规定的研究：

(a)机构审查委员会认为该研究对进一步了解、预防或缓解影响儿童健康或福利等问题提供了一个适当的机会。

(b)在向相关学科(例如,理学、医学、教育学、伦理学和法学)专家进行咨询后,并得到公众对下列问题的评论后,健康及人类服务部的秘书长可以决定：

(1)该研究是否满足了§46.404、§46.405 或§46.406 的适用性条款；

(2)该研究是否满足下列要求：(i)该研究对进一步了解、预防或缓解影响儿童健康或福利等问题提供了一个适当的机会；(ii)该研究是否符合健全合理的伦理准则；(iii)该研究是否满足§46.408 中要求的相关规定,征求了儿童、他们父母亲或监护人的同意。

§46.408　对征求儿童、他们的父母或监护人同意的条款

(a)除了本部分其他条款以外,机构审查委员会在裁决儿童是否有能力表示同意时,还须制定相应的条款。

在判断儿童是否有能力表示同意时,机构审查委员会要对儿童被试的年龄、成熟度以及心理状态进行评估。既可以对在某一特定协议下的所有儿童被试进行评估,也可以在机构审查委员会认为适当的时候,对个别儿童进行评估。如果机构审查委员会认为个别或全部儿童被试的能力有限,以至于无法跟他们讨论清楚,或研究方法、研究程序对儿童被试的健康或福利有直接的重要影响,而其受益又只能在研究情境中才可以获得,那么,儿童是否同意参与研究就不能成为研究可否进行的必要条件。根据 A 部分§46.116 中的规定,可以取消知情同意条款,即便机构审查委员会认为儿童有能力表示同意,儿童本人仍可取消知情同意的要求。

(b)除了本部分其他条款的要求之外,根据 A 部分§46.116 所规定的知情同意条款以及条款所规定的程度,机构审查委员会将要求研究者在征得每个儿童父母亲或监护人的同意时,必须制定相应的条款,这些条款将要求得到父母亲的同意。而在§46.404 或§46.405 条款规定的研究中,只要获得双亲之一(父亲或母亲)的同意就可以了。但在§46.406 和§46.407 条款规定的研究中：研究者必须获得父母双亲的同意才能使用儿童被试,除非在以下情况中,可以不要求征得父母双方的同意,这些情况为：双亲之一(父亲或母亲)已经死亡、失踪、没有能力或不在孩子身边,或只有一个亲人(父亲或母亲)有法定责任来照顾和监护儿童。

(c)除了 A 部分§46.116 中规定的取消知情同意的条款以外,如果机构审查委员会专为某种条件或某被试群体设计了研究协议,而父母亲或监护人签署该协议不是为了保护被试的合理需要时,才有可能取消本节(b)段和 A 部分的知情同意要求。同时作为替代,要为正在充当被试的儿童提供适当的保护措施,而且要进一步说明对知情同意的取消是与联邦法律、州法律或地方法律相一致的。适当保护措施的选择主要取决于协议中所表述的研究活动的性质、目的、给被试带来的风险和预期收益,以及他们的年龄、成熟情况、状态和身心健康。

(d)父母双亲或监护人的同意应根据 A 部分§46.117 所规定的内容及程度以公文形式记录存档。

(e)当 IRB 认为需要知情同意时,也要确定是否以公文形式记录存档,以及如

何以公文形式记录存档。

§46.409 被监护人

(a)如果被试是受州或其他机构、组织或实体监护的儿童,那么只有属于下列情况时,研究才能在§46.406或§46.407条款的规定下获得批准:

(1)与他们作为被监护人的身份有关;

(2)在学校、野营地、医院、机构或类似的场景中进行研究时,参与其中的大部分儿童是被试身份,而不是被监护人的身份。

(b)如果某研究符合本节(a)段中的规定并获得了批准,那么机构审查委员会将需要为每一位被监护的儿童指定一位辩护人,这位辩护人可以是该儿童的监护人,或是家长以外的任何一个人。一个人可以担任多个孩子的辩护人。辩护人应是一位有研究背景和研究经验的人,乐意参与并在参与期间对孩子富有浓厚兴趣的人。另外,除了辩护人是机构审查委员会的成员或是律师之外,不得以任何方式与研究者或监护组织进行联系。

科学研究中伦理问题的实证研究：一份案例研究



⊙ 芭芭拉·斯坦利，琼·E. 西贝尔，加里·B. 梅尔顿
(Barbara Stanley, Joan E. Sieber, and Gary B. Melton)

……

被试的资格

最近，关于被试是否具有表示同意的能力问题已经成为众多实证研究的目标。对被试同意能力进行研究的主要难点在于缺乏统一的能力标准(Meisel, Roth, & Lidz, 1977; Roth, Meisel, & Lidz, 1977)。而被鉴定为普遍缺乏知情同意能力的被试有以下三个群体：(a)智力残障者；(b)患有认知障碍的老年人；(c)儿童。

智力残障者

对患有严重失调症状病人的实验结果证明，此类病人的思维就像一幅杂乱无章的图画。一项对精神病人的研究所得出的有效结论证明，精神病人的知情同意判断过程与内科病人不相上下。尽管他们缺乏同意参与的能力在证据上有些模棱两可，但是在某种程度上，此类情况的出现更多是由于所使用的能力定义造成的。在对知情同意信息的理解方面，已有大量的研究对精神病人理解知情同意信息能力进行过评估(Appelbaum, Mirkin, & Bateman, 1981; Grossman & Summers, 1980; Roth et al., 1982; Soskis & Jaffe, 1979)。一般说来，精神病人在理解知情同意信息方面缺乏较高水平的理解。但是，通过对内科病人与精神病人的对比研究发现，两者的理解能力似乎不相上下(Grossman & Summers, 1980; Soskis & Jaffe, 1979)。例如，一项研究发现，当把研究同意书念给精神分裂症患者听时，他们只能理解材料中50%的内容(Grossman & Summers, 1980)。然而，当把精神病患者和内科病患者直接进行比较时，结果表明，精神分裂症患者比内科病患者对治疗药物具有更高的风险意识和副作用意识性(Soskis, 1978)。反之，内科病患者对治疗药物的名称、剂量以及诊断结果有更清楚的了解。然而，相比之下，精神病患者则对诊断结果缺乏了解，其部分原因来自于医务人员，因为医务人员大都不愿意把实情告诉精神分裂症患者。

在对精神病患者理解水平的相关研究中，已有学者对其认字能力进行过研究。尽管急性留医精神病患者在对知情同意信息的理解方面似乎与内科病人大致相同，

但研究也表明，慢性精神病患者的阅读理解测验得分仅处于第十五等级的水平（Berg & Hammit，1980；Cole，Roth，& Pollack，1978）。因此，应该为精神病患者提供简化的医疗文件（Berg & Hammit，1980），就像有些人所建议的那样，他们相当于内科病患者。

综上所述，对知情同意的实证研究表明，如果人罹患了精神疾病，那么他们的认知能力将受到一定程度的损伤。但是研究也表明，精神病患者在某些方面与内科病患者并无差别。因此，为了获得有说服力的结论，我们有必要通过组群对比法，尤其是与内科病患者组群的对比，对精神病患者在表示同意参与方面的能力进行进一步的深入研究。

患有认知障碍的老年人

一些对老年人的研究表明，他们对知情同意信息的理解能力下降很快（Stanley，Guido，Stanley，& Shortell，1984）。也有研究结果表明，具有低水平言语能力的老年人，其对知情同意信息的记忆能力也处于很低的水平（Taob，1980）。然而，尽管理解能力和记忆能力可能受年龄的影响呈下降趋势，但整体的决策能力却不受年龄的影响（Stanley et al.，1984）。换句话说，老年人可以和年轻人一样，对知情同意信息作出决定。

儿　童

与其他的组别相比，未成年人表示同意参与研究的能力常常被低估。现在已有许多关于儿童个人决定能力的研究，其中包括对医疗疗程知情同意能力的研究（参见 Melton，1984；Melton，Koocher，& Sake，1983）。此类研究一致表明，即使是小学阶段的学龄儿童，也能够表达出一种倾向，并且能够作出和普通成人相同的决定。就大部分决定而言，14 岁的未成年人也能够像成年人一样，有理解和权衡可替代方案中是否存在着风险和受益的能力。

目前，对未成年人在同意参与研究的决策能力所做的实证研究还不多。然而，现有关于这方面能力的研究，以及未成年人在其他方面决策能力的研究，都揭示出研究结果具有普遍的一致性（Keith-Spiegel，1983；Keith-Spiegel & Maas，1981；Lewis，Lewis，& Ifekwunigue，1978）……

参考文献

Appelbaum，P. S.，Mirkin，S.，& Bateman，A.（1981）. Competency to consent to psychiatric hospitalization：An empirical assessment. *American Journal of Psychiatry*，*138*，1170-1176.

Berg，A.，& Hammit，K. B.（1980）. Assessing the psychiatric patient's ability to meet the literacy demands of hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*，*31*，266-268.

Coles，G.，Roth，L.，& Pollack，L.（1978）. Literacy skills of long-term hospitalized mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*，*29*，512-516.

Grossman，L.，& Summers，F.（1980）. A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent. *Hospital and Community Psychiatry*，*31*，205-207.

Keith-Spiegel，P.（1983）. Children and consent to

participate in research. In G. B. Melton, G. P. Koocher, & M. J. Saks (Eds.), *Children's competence to consent* (pp. 179-211). New York: Plenum Press.

Keith-Spiegel, P., & Maas, T. (1981. August). *Consent to research: Are there developmental differences?* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.

Lewis, C. E., Lewis, M. A., & Ifekwunigue, M. (1978). Informed consent by children and participation in an influenza vaccine trial. *American Journal of Public Health*, *68*, 1079-1082.

Meisel, A., Roth, L., & Lidz, C. (1977). Towards a model of the legal doctrine of informed consent. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 258-289.

Melton, G. B. (1984). Developmental psychology and the law: The state of the art. *Journal of Family Law*, *22*, 445-482.

Melton, G. B., Koocher, G. P., & Saks, M. J. (Eds.). (1983). *Children's competence to consent.* New York: Plenum.

Roth, L. H., Lidz, C. W., Meisel. A., Soloff, P. H., Kaufmen, K., Spiker, D. G., & Foster, F. G. (1982). Competency to decide about treatment or research: An overview of some empirical data. *International Journal of Law and Psychiatry*, *5*, 29-50.

Roth. L. H., Meisel, A., & Lidz, C. W. (1977). Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 279-284.

Soskis, D. A. (1978). Schizophrenic and medical inpatients as informed drug consumers. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 645-647.

Soskis, D. A., & Jaffe, R. L. (1979). Communicating with patients about antipsychotic drugs. *Comprehensive Psychiatry*, *20*, 126-131.

Stanley, B., Guido, J., Stanley, M., & Shortell, D. (1984). The elderly patient and informed consent. *Journal of the American Medical Association*, *252*, 1302-1306.

Taub, H. A. (1980). Informed consent, memory, and age. *The Gerontologist*, *20*, 686-690.

Weithorn, L. A., & Campbell, S. B. (1982). The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development*, *53*, 1589-1598.

评论：

以往很多研究已经对就诊的心理疾病患者的知情同意能力给予了关注，更多新近的研究请参阅：

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competency Study Ⅰ: Mental illness and competency to consent to treatment. *Law and Human Behavior*, 19, 105-126.

Grisso, T., Appelbaum, P. S. (1995). The MacArthur Treatment Competency Study Ⅲ: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior*, 19, 149-174.

Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P., & Fletcher, K. (1995). The MacArthur Treatment StudyⅡ: Measures of abilities related to competence to consent to reatment. *Law and Human Behavior*, 19, 127-148.

在这些研究中，研究者所制订的政策和措施都具有家长作风，过于专制，对此的评论请参阅 Kirk, S., & Bersoff, D. N. (1966). How many procedural safeguards does it take to get a psychiatrist to leave the light bulb unchanged? A due process analysis of the MacArthur Treatment Competency Study. *Psychology, Public Policy, and the law*, 2, 45-72；也可参考 Edwards, S. J., Kirchin, S., & Huxtable, R. (2004). Research ethics committee and paternalism. *Journal of Medical Ethics*, 30, 88-91.

一些与儿童问题相关的重要研究文章，请参见：

Brody, J. L., Scherer, D. G., Annett, R. D., & Pearson-Bish, M., (2003). Voluntary assent in biomedical research with adolescents: A comparison of parent and adolescent views. *Ethics & Behavior*, 13, 79-95（该研究发现，在表示知情同

意方面，父母双亲与儿童之间呈现较高的一致性比例，但是，也有大约17%的个案显示，父母双亲表示同意，而儿童却不同意）。

Brooks-Gunn, J., & Rotheram-Borus, M. J. (1994). Rights of privacy in research: Adolescents versus parents. *Ethics & Behavior*, 4, 109-121.

Fisher, C. B. (1994). Reporting and referring research participants: Ethical challenges for investigators studying children and youth. *Ethics & Behavior*, 4, 87-95.

Fisher, C. B., Hoagwood, K., Boyce, C., Duster, T., Frank, D. A., Grisso, T., et al. (2002). Research ethics for mental health science involving ethnic minority children and youths. *American Psychologist*, 57, 1024-1040.

Hubbard, J. A. (2005). Eliciting and measuring children's anger in the context of their peer interactions: Ethical guidelines and practical considerations. *Ethics & Behavior*, 15, 247-258.

Miller, V. A., Drotar, D., & Kodish, E. (2004). Children's competence for assent and consent: A review of empirical findings. *Ethics & Behavior*, 14, 255-295.

Lothen-Kline, C., Howard, D. E., Hamburger, E. K., Worrell, K. D., & Boekeloo, B. O. (2003). Truth and consequences: Ethis, confidentiality, and disclosure in adolescent longitudinal revention research. *Journal of Adolescent Health*, 33, 385-394(该研究发现，同意参与研究的青少年，如果得知所提供的个人信息得不到保密，那么他们将不太可能向研究者提供个人信息，比如自杀想法）。

Scott-Jones, D. (1994). Ethical issues in reporting and refering in research with low-income minority children. *Ethics & Behavior*, 4, 97-108.

Sterling, C. M., & Walco, G. A. (2003). Protection of children's rights to self-determination in research. *Ethics & Behavior*, 13, 237-247.

Underwood, M. K. (2005). Observing anger and aggression among preadolescen girls and boys: Ethical dilemmas and practical solutions. *Ethics & Behavior*, 15, 235-245.

Yan, E. G., & Munir, K. M. (2004). Regulatory and ethical rinciples in research involving children and individuals with developmental disabilities. *Ethis & Behavior*, 14, 31-49.

相关的书籍请参见：Kodish, E. (2005). Ethics and research with Children. New York: *Oxford University Press*; Institute of Medicine. (2004). *The ethical conduct of clinical research involving children.* Washington, DC: *The National Academies Press.*

在研究老年人、精神分裂症患者、犯罪被告人和儿童等群体知情同意能力，以及相应的处理方式方面，有一系列优秀的文章可供参考：Petrila, J. (Ed). (2006). Capacity to consent: A snapshot of contemporary legal and clinical issues [Special issue]. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(4).

如前所述，我们将在第10单元对《健康保险便利及责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)对心理实验活动的影响给予详细的讨论。简单地说，2003年生效的条款，已经对健康护理人员所提供的个人健康信息的使用和公布作了限制。在HIPPA对临床研究的影响方面，费希尔(Fisher, 2004)曾提出过使用未成年人被试的问题。她的总结如下：

> 当心理学家所做的研究包括了为病人提供直接的服务、评估和诊断，而病人又通过对这些服务、评估和诊断信息的判断做出治疗决定时，心理学家应当考虑到HIPAA机构对他们的限制（如通过

> 电子邮件将健康资讯传送给受益人)。(p. 833)[并因此受到相关条款的约束]

Fisher, C. B. (2004). Informed consent and clinical research involving children and adolescents: Implications of the revised APA ethics code and HIPAA. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 832-839.

最近,马里兰州最高法院做出了一项裁决,使那些使用儿童被试的研究者和赞助机构倍感焦虑。在 Grimes v. Kennedy Krieger Institute, Inc., 782 A. 2d807 (Md. 2001)[1] 中,法院规定:"在马里兰州,双亲之一(父亲或母亲)或其他有效代理人,不能同意儿童或在法律上被判定为无行为能力的人参与非治疗性研究,也不能同意这两类人参与危害健康的研究(p. 858)。"在这类研究中,"仅凭双亲之一(父亲或母亲)的同意,是无法对研究所带来的危害做出恰当判断的(p. 855)。"因此,无论用何种方法或形式告知被试已经征得其父母的同意,都不足以决定被试是否能够参与研究。在审理此类案例中,法院被称为是一个"内部机构",他们无须给机构审查委员会提供指示(p. 817)。"总的来说,由于没有制定出专门的、客观的标准,因此从某种意义上讲,法院会像关注实验的成功那样去关注实验的伦理准则(p. 817)。"由于许多研究方案没有遵循伦理准则,所以遭到了机构审查委员会的批评,使许多研究者倍感诧异。

如果研究者正在调查青少年对儿童期抑郁量表的反应,并发现有一些被试报告说他们正在考虑自杀问题,那么研究者该怎么办?研究者是否有义务去找他们、通知他们的父母或为他们提供临床咨询服务?对于此类的讨论,可参考下列文献:

Bersoff, D. M., & Bersoff, D, N. (2000). Ethical issues in the collection of self-report data. In A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, & V. S. Cain (Eds.). *The science of self-report: Implications for research and practice* (p. 9-24). Mahway, NJ: Erlbaum.

对于研究者在风险群体中研究风险行为所要承担的责任问题,一直存在不同的观点,请参阅以下文献:

Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61, 218-226.

Fisher, C. B., & Walker, S. (2000). Through the community looking glass: Reevaluating the ethical and policy implications of research on adolescent risk and psychopathology. *Ethics & Behavior*, 10, 99-118.

Hinshaw, S. P. (2005). Objective assessment of covert antisocial behavior: Predictive validity and ethical considerations. *Ethics & Behavior*, 15, 259-268(讨论在实验情景中引发和观察儿童打斗行为、偷窃行为的伦理规范)。

Margolin, G., Chien, D., Duman, S. E., Fauchier, A., Gordis, E. B., Oliver, P. H., et al. (2005). Ethical issues in couple and family research. *Journal of Family Psychology*, 19, 157-167.

O'Sullivan, C., & Fisher, C. B. (1997). The effect of confidentiality and reporting procedures on parent-child agreement to participate in adolescent risk research. *Applied Developmental Science*,

[1] 生物医学研究中的被试保护法规。——译者注

1,187-199.

Scarr, S. (1994). Ethical problems in research on risky behaviors and risky populations. *Ethics & Behavior*,4,147-155.

是否应该强制要求研究者报告虐待儿童的疑似情况,对此存在的争议,请参阅 Monitor on Psychology 中第 28、30、34 页的两篇文章:Urquiza, A. (2003, June). Yes, there should be mandated reporting for researchers; Uttal, D. (2003, June). No, researchers should not be mandated reporters of child abuse; 也请参阅 Appelbaum, P. S., & Rosenbaum, A. (1989)。

Tarasoff and the researcher: Does the duty to protect apply in the research setting? *American Psychologist*, 44, 885-894. 读者对如临床群体研究中的这个主题究竟持什么样的观点,是完全赞成或完全反对呢? 还是交给相关研究者去披露这些事件呢?

合法有效的知情同意有三个规定:对该研究的了解;自愿;表示同意的能力;与儿童能力相关的问题是儿童表示同意的认知能力和法定能力。然而,正如条款规定的那样,由于历史上曾出现过虐待囚犯被试的指控,特别是在生物医学和药物学研究中。所以一旦涉及囚犯,其能力问题就变成了:被试的监禁状况是否对他们做出自愿的、非胁迫性决定的能力构成影响。相关文献请参阅:Kalmbach, K. C., & Lyons, P. M. (2003). Ethical and legal standards for research in prisons. *Behavioral Sciences and the Law*,21,671-686。最近,某医学机构呈交了一份报告,试图说服美国政府放松用囚犯被试进行研究的规定,允许在囚犯身上进行更多的药物实验。这种要求与缓解命令式管理,相信犯人有能力评估研究中的风险与收益相一致吗? 或者我们仍然按照四十年前的规定使用囚犯被试吗?

一些追踪研究已经对此类情况给予了关注。对于滥用药物患者,研究者让他们参加了一项为期 6 个月的追踪评估研究,研究者随机给患者发放了 10 美元、40 美元和 70 美元的现金或礼券。

研究结果表明,对患者而言,刺激物的发放方式(即现金和礼券)或多少(即 10 美元、40 美元、70 美元)并未对他们的强制戒毒认识、对新药的使用频率产生显著影响。可参见:Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Croft, J. R., Dugosh, K. L., Mastro, N. K., Lee, P. A., et al. (2005). Do research payments precipitate drug use or coerce participation? *Drug and Alcohol Dependence*,788,275-281。

正如规定所表明的那样,虽然马里兰州法院并不看重格里米斯(Grimes,译者注:可能是前文未出现过的一个文件)机构审查委员会的相关评论,但是机构审查委员会在批准生物医学研究项目和行为研究项目上仍具有生杀大权。虽然在规定上只有联邦政府资助或实施的研究方案,才必须接受机构审查委员会的审查,但实际上现在几乎所有的研究方案都要经过该委员会的审查。一些评论家抱怨说,机构审查委员会的成员过分谨慎,他们的审查标准更多地依赖于个人价值和社会文化价值,而不是根据研究方法的严谨程度、对被试带来的风险和社会效益等效用价值来审查研究方案。例如,1985 年,塞茜、彼得斯和普洛特金(Ceci, Peters and Plotkin,1985)在一项兴奋剂的研究中发现,当要求机构审查委员会审查这类研究的假设研究方案时,如果这些方案提出的假设,与机构审查委员会所提倡的对人类被试的观点相一致,而与其社会政治观点不一致时,那么这类涉及社会敏感问题的研究方案很可能会遭到两次否决。如果说不含伦理问题的非敏感性方案的通过概率是 95%(比如欺

骗或没有作任务报告),那么相比之下,包含社会敏感问题的方案的通过概率仅为40%~50%。此外,如果同一项研究有几组实验,而这几组实验存在明显缺陷,如几组实验除了研究主题具有重要性之外,其设计基本重复,而研究者在研究方法上又忽视了此问题。然而,当机构审查委员审查这类有缺陷的研究时,将会以研究问题重要而同意推荐发表。因此,在保护人类被试的规定方面,尽管我们要求各级机构审查委员会不要把研究的公众评价结果作为评审条件,但是以下研究结果表明,机构审查委员会在实际运作过程中,还是会考虑研究方案的社会政治后果。相关文献请参阅:

Ceci, S. J., Peters, D., & Plotkin, J. (1985). Human subjects review, personal values, and the regulation of social science research. *American Psychologist*, 40, 994-1002.

Rosnow, R. L., Rotheram-Borus, M. J., Ceci, S. J., Blanck, P. D., & Koocher, G. P. (1993). The institutional review board as a mirror of scientific and ethical standards. *American Psychologist*, 48, 821-826.

Wilson, T. D., DePaulo, B. M., Mook, D. G., & Klaaren, K. J. (1993). Scientists' evaluations of research: The biasing effects of the importance of the topic. *Psychological Science*, 4, 322-325.

> 概括地说,目前在对社会科学研究的审查方面,研究者对机构审查委员会普遍存在不满情绪。有评论总结道:社会科学家常常认为,如果和医学研究相比,那么保护人类被试的联邦条例,显然更不适合于社会科学、行为科学以及经济科学[SBES]等研究领域,他们还认为,机构审查委员会成员并不熟悉社会科学的研究方法和数据文件。不仅如此,社会科学家们还因为过度保护、知情同意中的不合理要求、保密条款的要求不切实际、审查时间过长等问题指责机构审查委员会。(p. 352)

相关文献请参阅: DeVries, R., DeBruin, D. A., & Goodgame, A. (2004). Ethics review of social, behavioral, and economic research: Where should we go from here? *Ethics & Behavior*, 14, 351-368; Ashcroft, M. H., & Krause, J. A. (2007). Social and behavioral researchers' experiences with their IRB. *Ethics & Behavior*, 17, 1-17; DuBois, J. M. (2004). Is compliance a professional virtue of researchers? Reflections on promoting the responsible conduct of research. *Ethics & Behavior*, 14, 383-395。

我们可以列举获得性免疫缺陷综合症(AIDS)的研究来说明上述问题,该项研究不仅可以促进公民福利,也有益于社会,而且还可以为公众健康提供帮助,这是一项努力控制疾病的研究,但是这项研究可能与保护被试隐私权产生冲突。例如,梅尔顿和加里1988年(Melton and Gray, 1988)曾解释说:

> 如果被试是某个性病风险团体的成员,泄露其身份,哪怕只是粗略地泄露,都有可能使他们遭受到社会的耻辱和法律的制裁(如隔离检疫、对参与危险行为的惩罚)。因此,这类显著的负面影响足以导致被试拒绝参与研究,如果他们同意参与研究,则研究者一定要防止把资料泄露出去。
>
> 同时,特别是当被试为患者本人或危险团体的成员时,他们会对探索这种疾病的研究抱有浓厚的兴趣。当纵向研究或分享数据对

了解疾病过程有重要意义时,被试甚至会有兴趣保留那些可识别的资料。(p.60)

Melton,G. B., & Gray,J. N. (1988). Ethical dilemmas in AIDS research. Individual privacy and public health. American Psychologist,43,60-64.

在政府资助的心理健康研究项目上,研究者已经对被试的敏感数据和需要保密的数据采取了一定的保护措施,他们可以向美国卫生及公共服务部申请保密资格证,以便对研究资料实施保护措施。根据政府法令或民法条款,对于必须申请保密资格证的人来说,在完全披露研究资料中的可识别身份信息时,保密资格证也可以保护研究者。参考42 C. F. R. 部分2a(对可识别研究资料的被试的保护);以及参考Hoagland, K. (1994). The Certificate of Confidentiality at the National Institute of Mental Health: Discretionary considerations in its applicability in research on child and adolescent mental disorders. *Ethics & Behavior*,4,123-131。

很显然,在研究资料的保密和传统上公开分享科学研究成果之间存在着伦理冲突,由这一冲突引发的争议,以及更广泛的讨论,请参阅:Law and Human Behavior(1988,第12卷,159-206页)的对手论坛和Ethics & Behavior(第3卷,311-317页)的论坛版块。美国心理学会2002年伦理准则8.14条款的相关标准(分享验证资料)。

现行的伦理准则8.01到8.15条款已经对实施研究及公布资料提出了伦理要求。但在30年前,情况并非如此。格根(Gergen,1973)曾评论道:“只有当我们能够为欺骗、胁迫、知情同意等问题提供科学答案的时候,才可以将APA的强硬要求视为缺乏根据的做法”(p.908)。Gergen, K. J. (1973). The codification of research ethics: Views of a doubting Thomas. American Psychologist, 28, 907-912. 也就是从那时起,研究者才开始尝试寻找这些问题的答案了。

心理学研究中的知情同意:被试了解知情同意并知道他们的合法权利吗?

5

⊙ 特蕾西·曼(Traci Mann)

……

根据美国心理学会(1992)的规定,心理学家必须"把研究的性质告诉被试;研究者'必须'告诉被试,他们有权自主决定参与、拒绝参与和中途退出;研究者'必须'把中途退出、拒绝参与的可预见性结果向被试解释;研究者'必须'告诉被试那些可能影响其参与意愿的重要因素。"(p.1608)[1]被试必须了解以上信息,从而对自己是否同意参与实验做出决定。

如果不能完全把握被试对知情同意内容的了解程度,研究者就必须反复给被试讲解相关信息的内容。贝克和陶布1983年(Baker and Taub,1983)曾对一份知情同意书的通俗性进行过分析。他们发现,给荣誉军人疗养院中的被试阅读知情同意书的平均篇幅,在1975年到1982年的7年中翻了一倍。他们将此总结为:内容的增加是为了遵照联邦法规的要求,从而使知情同意书中的内容包括了更多的被试权利。然而,内容的增加却并不意味着被试能够理解知情同意书中的相关权利、义务和保密性。事实上,知情同意书中的准法律表达方式可能会使被试认为,他们所签署的这类法律文件是专门为保护研究者利益的。

贝克和陶布用两个篇幅长短不同的知情同意书作为研究材料,其中一篇是篇幅很长、内容详细的知情同意书,而另一篇则是篇幅较短但内容较为粗略的知情同意书,他们就被试对这两份知情同意书的阅读理解能力进行了比较研究,此外,他们还把被试资料分成两组,一组是已经签署过知情同意书的被试资料,另一组是未签署知情同意书的被试资料,并且对作者两组资料也进行了对比研究。在这里,我们所关心的重点问题是,研究者在对被试讲解知情同意书中的合法权利时,被试理解的有效程度。

该研究结果支持了以下三个主要结论:

第一,被试对篇幅长、研究程序详细而全面的知情同意书的理解程度,明显低于对篇幅短、只强调相关细节的知情同意书的理解程度。因此,联邦法规是否应该对知情同意书的篇幅有所限定,从而降低被试的信息接受量。欲使被试更好地理解知情同意书的内容,就要尽量简化知情同意书的内容。

---

[1] 本节内容来自:Psychological Science 第5期,140-143. Copyright 1994 by Wiley. Adapted with permission of the author and publisher. Tables 1-3 have been omitted. 主编说明:可参考当前(2002)APA伦理准则8.02。

第二，在53位参与核磁共振扫描实验的被试中，只有60%的人能够正确回答此实验所涉及的具体问题，而这些问题均是一些对被试是否决定参与实验有决定性意义的问题（如被试承担的风险，参与研究的受益，研究程序等）。可以说，很多被试是在不完全理解实验重要内容的情况下签署了知情同意书。由于只有在被试完全理解知情同意书内容的情况下签署的意见才算有效（Beauchamp & Childress, 1989），很显然，这项实验的知情同意书被视为无效。

此外，被试对一般性问题的正确回答仅为50%（可能在其他实验中已经接触过的问题），只有不到半数的被试知道研究者将如何处理伤害他们的问题，在已经签署文件的4项内容中，他们只能列出两项。只有39%的被试完全了解知情同意书的全部内容。在53位被试中，仅有一人完全清楚实验投诉申报程序。这种情况的负面影响极为严重，因为机构审查委员会是以被试的反馈信息作为实验是否具备安全性，是否能够继续的评估依据，如果被试在实验中受到了心理或生理伤害而没有投诉，那么即便实验存在着严重问题，机构审查委员会也不会对此提出质疑。

第三，签署知情同意书的做法使被试相信，他们即使是在疏忽的情况下签署了同意意见，也就等于丧失了申诉权。因此，只有那些阅读了相同信息但没有签署意见的被试，认为自己还保留着申诉的权利，反而是那些已经签署同意意见的被试，却认为自己已经丧失了申诉的权利。

根据美国卫生和人类服务部的相关条款（1983）："在执行知情同意程序时，不论是口头解释还是书面说明，都不能含有辩解性的语言。即不能出现劝解被试决定放弃自己合法权利，或想要放弃自己合法权利的语言，也不能出现为研究者、赞助商、机构或研究代理人玩忽职守、逃避责任的辩解语言（45 CFR §46.115）。"上述研究的知情同意程序并没有违反此条款，研究者已经向被试清楚地说明，尽管他们在知情同意上签署了同意意见，但并没有丧失任何申诉的权利。虽然知情同意书上的说明十分详尽，但被试仍然认为他们已经失去了申诉权利。因此，研究者若想纠正此类偏差，就需要在知情同意书中有关被试权力的栏目中列出更为详尽的内容。

这项研究引发了口头说明知情同意程序的争议……也许被试觉得，当他们只是在口头上同意执行知情同意程序，而没有在类似于法律文件的文书上签字时，他们就不会失去申诉权利。或许我们应该在被试签署了知情同意书后，再根据相关的权利内容对他们稍加提醒，告诉他们所签署的知情同意书并没有剥夺他们的任何权利，签署的涵义仅仅表示他们同意参与研究而已……

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

Baker, M. T., & Taub, H. A. (1983). Readability of informed consent forms for research in a Veterans Administration medical center. *Journal of American Medical Association*, *250*, 2646-2648.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

U. S. Department of Health and Human Services. (1983). Protection of human subjects. *Code of Federal Regulations*, *45*, §46.115.

评论:

曼(Mann)认为,如果规定被试只有理解了知情同意书中的内容,他们签署的知情同意书才算有效。那么这样的规定现实吗?符合实际吗?在最近的一项研究中,作者对被试在两周后回忆知情同意书的内容进行了评估。在该研究中,研究者把知情同意程序的内容向被试大声朗读并作解释后,要求被试模仿他的行为做同样的事情,并在两周后评估被试对知情同意内容的回忆程度。

> 结果表明,被试仅能够回忆起65%的内容。没有一个被试能够全面地说出该研究的目的、潜在的风险或受益、被试的权利,或者他们有需要或受到伤害时应该和谁联系(p. 16)。可参考:

Festinger, D. S., Ratanadilok, K., Marlowe, D. B., Dugosh, K. L., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2007). Neuropsychological functioning and recall of research consent Information among drug court clients. *Ethics & Behavior*, 17, 1-24.

那么,此问题明显地演变成了下述伦理问题:是研究者要有伦理上的责任确保被试完全理解知情同意书的内容呢?还是这种伦理责任被简单地限定为一项任务说明?那么,APA 2002 伦理准则中的8.02将起何种作用呢?

研究中最富争议的问题之一是使用欺骗,当无法完全避免使用欺骗时,研究者就不可避免要在征得被试的知情同意中淡化这种欺骗。在心理学的许多研究领域中,由于向被试解释研究目的和程序在很大程度上会改变资料收集的性质,所以研究者会隐避、谎报实验的目的,甚至不告诉被试他们是研究的对象。

过去,这些做法一直是公开的,也被认为是合理的,"很显然,随着时间的推移,欺骗已经成为社会心理学研究的常规实践了"(Adair, Dushenko, & Lindsay, 1985, p. 63)。

最近,有两项研究定量比较了在过去75年间使用欺骗的研究。请参阅:Nicks, S. D., Korn, J. H., & Manieri, T. (1997). The rise and fall of deception in social psychology & personality Research, 1921 to 1994. *Ethics & Behavior*, 7, 69-77; Sieber, J. E., Iannuzzo, R., & Rodriguez, B. (1995). Deception methods in psychology: Have they changed in 23 years? *Ethics & Behavior*, 5, 67-85。

西伯(Sieber)等人发现:为了

> 给被试提供虚假现象,使用电脑和其他虚拟设备(这一方法的使用始于1960年)进行欺骗研究的趋势已经取代了以往研究者相互串通和使用其他角色的做法。在1969年,包含欺骗内容的研究开始盛行,下列多个研究领域也加入了含有欺骗性质的研究行列:社会化、人格、性别差异、环境心理学和归因风格等。然而,对于这些研究领域来说,使用欺骗却并非是必须的。截至1992年,上述五个研究领域含有欺骗性质的研究比例,从1986年的22%增加到了37%,而在其他领域,含有欺骗性质研究的比例从1986年的44%增加到了55%。(p. 82)

除此而外,阿代尔等人(Adair et al.)还发现,在他们所考察的研究中,研究者基本上都不会报告与伦理有关的内容,如知情同意、在研究完成后向

被试通报实验的真实目的。但他们还是和其他研究者保持了一致的观点，认为心理学研究既不能只认可研究方法导向，也不能任由伦理准则牵着鼻子走。如果只认可研究方法导向，那么就有可能在科学利益的选择中忽视、甚至漠视被试的尊严和安全；相反，如果任由伦理规范牵着鼻子走，那么研究的每一步都会由于过度关注被试的权利而妨碍了研究的正常进行。(p. 70)

请参阅：Adair, J. G., Dushenko, T. W., & Lindsay, R. C. L. (1985). Ethical regulations and Their impact on research practice. *American Psychologist*, 40, 59-72。

然而，作为该领域的主要评论人，黛安娜·鲍姆林德(Baumrind, 1985)坚决地表明了自己的观点："在研究情境中，故意使用欺骗是不符合伦理准则的、轻率的和无科学根据的(p. 165)。"并且她还认为："即便是有影响力的研究报告，也无法消除曾经对被试犯下的错误，无法弥补被试对自我形象的怀疑和对权威人士的信任(p. 172)。"请参阅：Baumrind, D. (1985). Research using intentional deception: Ethical issues revisited. *American Psychologist*, 40, 165-174。费舍尔(Fisher, 2005)指出：

> APA准则中的8.07a条款，很荒谬地鼓励了心理学家在研究中可以从以下两个方面缓解伦理压力，一是强调他们在收集有效数据时的信用责任，二是通过赋予被试某些特权，以体现对被试隐私权和自主权的尊重。这种在有效的科学价值观和由于知识体系所形成的个体自主性之间所存在的偏见，如实地反映出西方科学界普遍存在的二元伦理价值观(p. 275)。

请参阅：Fish, C. B. (2005). Deception research involving children: Ethical practices and Paradoxes. *Ethics & Behavior*, 15, 271-287。

心理学研究方法中的欺骗行为：在过去23年中有所改变吗？



⊙ 琼·E.西贝尔，丽贝卡·依恩奴素，贝弗利·罗德里格斯
(Joan E. Sieber, Rebecca Iannuzzo, and Beverly Rodriguez)

……

人们何时对欺骗产生伦理反感或感到受伤害？

……

隐瞒信息的欺骗行为

在研究中，隐瞒相关信息的欺骗行为有几种（如不和被试进行信息沟通，虚假告知，或在知情同意程序中存在潜在的欺骗行为）。一些刻意对被试隐瞒信息的行为在程度上引发的伦理反感较弱，与其他行为相比，对被试带来的伤害也较少。对此，从事伦理敏感性研究的科研人员已经设计出了一些不告知被试的方法，这些方法可以显示出对被试自主权的高度尊重，下面前三种方法即是如此。有些研究者希望以下方法能够被更广泛地使用。

不被告知信息的基本种类：

1. 在知情同意中，告诉被试要参与几种特殊实验中的一种，但不知道实际会发生什么情况（如安慰剂研究）。

2. 同意欺骗，研究者会提醒被试，本研究可能会包含一些欺骗情境。只有在他们同意参与研究的前提下，才会告诉他们将会参与什么样的研究，并且在实验结束后会告知他们研究的目的。

3. 取消被告知的权利，预先含糊地提醒被试，研究中可能存在欺骗，但却取消了被试的知情权。

4. 同意和虚假告知，让被试认为他们已经同意参与一项真实的研究程序，而实际上研究程序的诸多方面都是虚构的。

5. 没有知会也没有同意，被试不知道他们正在参与研究。

6. 自我欺骗，研究的目的与被试的预期之间存有明显差异时对被试行为的误导。例如，在附带学习实验（Incidental Learning Experiment）中，分配给被试一个学习几组无意音节的任务，而测验的是音节的其他属性，如音节的颜色。

7. 第三方欺骗，研究者注意到一种关系，在这种关系中有人向其他人撒谎。例如，在治疗特权的研究中，当医生认为把病情真相告诉病人会对他造成伤害时，他会

向病人撒谎。

相比较而言,后四种欺骗方法似乎比前三种方法更令人反感,这是为什么呢?因为伦理反感(与实际伤害无关)可能与下述欺骗类型相关度最高:

1. 侵犯隐私。研究者收集的信息可能是被试不愿泄露的信息。

2. 不被告知。不告知被试关于研究程序或研究风险的相关信息。

3. 没有决定权。被试没有机会决定是否要参与研究。

4. 没有后续解释。在研究完成后,研究者没有向被试解释研究中出现过的欺骗情况(实际上,这可能是很不谨慎的做法)。

5. 撒谎。研究者伪造或谎报信息。

6. 研究者隐瞒相关信息。

注释:本节内容来自《伦理与行为》第5期,67-85。网站:http://www.informaworld.com. Copyright 1995 by Taylor & Francis. Adapted with permission of the author and publisher.

这就是后四种欺骗方法比前三种方法更有可能引起人们伦理反感的原因所在。因为强制性的欺骗方法否定了人们的决定权。而相形之下,弱化的欺骗方法却可以在尊重被试自主权的情况下,为我们提供不同程度的准确信息。

欺骗的形式

欺骗可以有下列各种不同的形式:

1. 给被试提供或因某种原因使被试接受了该研究目的的虚假信息。

2. 给被试提供了相关刺激材料的虚假信息(虚假装置)。

3. 使用合谋者,使被试对其他人的真实角色产生误解(角色欺骗)。

4. 被试可能得不到如实反映自己的反馈信息。

5. 被试可能得不到如实反映他人的反馈信息。

6. 被试可能一直没有意识到他们在扮演着被试的角色。

7. 在一项研究中,被试可能不知道他们到底是被操控对象还是被测量对象,或没有觉察到他们已经被观察(如用录象带作记录)。

8. 把两个相关研究以不相关的方式呈现给被试。

在上述欺骗形式中,没有一种注定就是不符合伦理标准的、甚至是有害的内容。例如,在当前的流行电视节目 Candid Camera 中,尽管包含了上述所有的欺骗形式,但公众却并没有把它们视为没有伦理的行为、甚至是有害的形式。但是,当欺骗内容与某些因素结合在一起时,则可能是有害的、甚至是没有伦理的。

事后解说

最后,欺骗行为本身,以及对被试产生的影响,可以通过事后解说来消除,或继续残留。事后解说可能包括两个部分。一是**欺骗影响的消除**,意指在研究后向被试如实解释实验过程;二是**情绪敏感的消除**,意指消除被试情绪上的伤害,至少应使被试的情绪恢复到参与研究前的状态。遗憾的是,欺骗影响消除的事后解说并不总是可行的、合理的和无害的;并且,我们也并不总是很清楚如何复原受伤害者的情绪……

从功利主义的视角分析和解释研究中的欺骗[1]

7

⊙ 戴维·J. 皮滕杰(David J. Pittenger)

在行为科学,尤其是心理学中,使用欺骗方法已经成为一个经久不衰的争论话题。在这场争论中,赞成方和反对方为了证明自己结论的正确性,都直接或间接地运用了功利主义原则。例如,鲍姆林德(Baumrind,1985)就曾运用功利主义的方法,将伦理理论形容为"过激的教条主义"。(p.167)

而心理学家所面对的问题是如何在实用性和本体论之间寻求平衡。事实上,美国心理学会(APA,1992)所制订的伦理准则,就是对伦理价值观的实用性(功利主义伦理观)和本体论(义务主义伦理观)之间所做的尝试性调和。例如,在APA伦理准则(APA,1992)的6.15条中,就采用了功利主义的伦理观,允许研究者在其研究中使用欺骗方法。具体来说,在欺骗方法的实施中,研究者必须证明:

(1)预期结果的价值;(2)无其他合理收集数据的方法;(3)确保潜在被试了解了研究中存在风险的正确信息,以及向被试作事后解说。相比之下,准则D则突出了义务主义的伦理观,要求心理学家"尊重被试的自决权及自主权"(p.1599)。如其所说,保留个体自主权不仅重要,还应考虑将此准则视为一般性原则。然而,上述准则在使用欺骗的伦理理论评价中明显是自相矛盾的。第一个准则代表着目的论的观点,它是根据欺骗的结果来决定能否允许使用欺骗方法。功利主义伦理观认为,心理学研究中,只要研究结果证明了研究方法的有效性,就应该允许使用欺骗方法。而第二个准则明显属于义务主义的伦理观,它强调了被试的自主权是实施研究的首要条件。因此,如果违反了个体自主权准则,无论在任何情况下,都不能允许使用欺骗方法。

不幸的是,在美国心理学会拟定的伦理准则中,无论是现行的版本,还是待审的版本,都无法为这个两难问题提供一个明确的解决办法。事实上,准则中的其他部分似乎还使这一问题更加含混不清。例如,在现行版本和待审版本的(APA,1992,2001)的序言中均指出,心理学家一直在为探索行为的起源做着不懈的努力,以求运用此知识改善人类的生活质量。该目标蕴含的价值意味着,在扩充知识、以及提高人类生活质量的层面上,可以允许使用欺骗方法。同时,此序言也要求心理学家尊

---

〔1〕 本节内容来自:伦理与行为,12,117-142.可从以下网址查询:http://www.fiformaworld.com. Copyright 2002 by Taylor & Francis. 本材料的使用得到作者与出版者的许可。主编说明:可参考当前APA伦理准则(2002)中8.07。

重所有人的公民权和人权。因此，不能允许研究者强制被试，无视被试自主权的欺骗行为。于是，心理学家必然面临如下冲突：要么只有通过欺骗被试才能收集有效的研究资料，要么为尊重被试的自主权而拒绝使用这一方法。

那么结果必然是制订一套更为协调的准则，一方面允许研究者在特定的情境中使用欺骗方法，另一方面也有效地保护了被试的自主权。

……我相信，心理学家最终能够找到一种适中的方法，来调和功利主义观和义务主义观之间的矛盾。

我之所以密切关注功利主义的伦理观，其理由很简单，它不仅是美国心理学会所颁布的伦理准则条款中的普遍特征，也是制度审查委员会评估研究时的一个适宜性标准。作为保护人类被试（Protection of Human Subjects，1991）的联邦政府机构，他们要求研究者提供确凿的证明，用以保证被试所获得的益处大于他们所付出的代价，从而也证实了研究程序的正确性。

欺骗的研究

功利主义伦理观所强调的重点之一，是在充分考虑到应用结果的前提下，为重新审视和修改研究方案提供机会。然而，在心理学研究中，由于对使用欺骗所产生的研究结果缺乏有效的证明，致使功利主义伦理观这一重点陷入了矛盾重重的境地。这是因为，不仅采用实证方法直接获得使用欺骗的效果研究成果极少，而且与成熟的实证研究程序相比，研究者对采用实证方法来研究欺骗效果的理解也不一致。尽管在过去30年中，欺骗的使用频率有所起伏（e. g.，Nicks，Korn，& Mainieri，1997；Sieber，Iannuzzo，& Rodriguez，1995），但许多心理学研究仍然充斥着形形色色的欺骗行为，且无消除的迹象。正如西伯等人（Sieber et al.，1995）所指出的那样，研究中欺骗行为频率的起伏，反映着欺骗行为的发展趋势以及心理学家的理论选择，而不是对能否获得欺骗许可权的关注。

目前，存在着三种与欺骗有关的情况：一是欺骗行为既是一种备受争议的话题，也是管理部门要求研究者正视的行为。二是在研究中使用欺骗仍然是一种常见的做法。三是使用欺骗的研究者通常都不会对其后果进行严格的检查。

但是，就被试对欺骗的反映而言，并没有兑现鲍姆林德（Baumrind，1985）和凯尔曼（Kalman，1967）关于“欺骗将对心理学造成可怕威胁”的预言。也没有足够的证据显示，参与过研究的被试要求对使用过欺骗的研究者采取惩罚措施。此外，一些研究小组（e. g.，Collins，Kuhn，& King，1979；Fisher & Fyrberg，1994；Korn，1987）指出，未来的被试不仅不会对常见的欺骗行为产生反感，而且还有可能反过来赞同使用欺骗的必要性，他们甚至还会认为，如果从研究心理学原理的成本和收益的比例角度来看，使用欺骗明显对研究结果提供了支持。

对使用欺骗是否会造成被试的消极反应，研究者也提出了质疑。史密斯和理查森1983年（Smith & Richardson，1983）指出，与参与无欺骗内容研究项目的被试相比，参与有欺骗内容研究项目的被试会感到更舒心。此外，理查森、皮格里斯和布里顿（Richardson，Pegalis，& Britton，1992）也指出，如果研究中包含了详尽事后说明程序（该程序包括了对研究目的进行说明的文件），那么被试在实验过程中会有更积

极的反应。

最近,埃普利和赫夫(Epley & Huff,1998)在一个考察欺骗效果的研究中发现了一些消极反应的迹象,也为凯尔曼(Kelman,1967)关于欺骗行为会玷污行业声誉的担心提供了一点证据。然而,埃普利和赫夫(Epley & Huff)还是认为,尽管被试会对未来的心理学研究产生暂时的疑虑,但不会因此对研究者产生敌意,也不会对心理学的诚信问题提出质疑。

虽然这些言论减轻了对使用欺骗的担忧,但我们也不能乐观地将其视为继续使用欺骗的借口。比如,米尔格拉姆(Milgram,1974)在介绍服从实验过程时,曾披露过被试存在着"普遍的积极反应"。但是巴顿(Patton,1977)却不以为然,他指出,这些被试是默许了研究者的意愿,才给他人施加明显产生痛苦的持续电击。因此,她认为米尔格拉姆(Milgram)的说法缺乏可靠性。巴顿推测,被试之所以会对研究有积极的评价,可能反映了被试对研究者的诉求。正如心理学家所熟知的那样,被试的积极反应可能由以下原因引起:尝试降低自己的认知失调;维护本人的自我定义,或两者兼而有之。因此,当研究被试对欺骗的反应时,可能需要在技术上对上述原因进行二选一的处理,或者进行孤立变量的控制。同时,这类研究应确保样本的广泛性,使欺骗程序在设计上具有代表性。

……

当我们从关心被试健康的角度来审视美国心理学会的伦理准则时,会发现一个有趣的现象,这就是准则中提及被试参与典型欺骗研究的内容少之又少。在常规的研究报告中,研究者会详述欺骗方法的使用程序,以及对此程序检查的具体操作方法,从而保证欺骗程序的有效性。但是,关于消除欺骗和敏感影响的操作程序却很少,或者根本没有。值得注意的是,研究者很少会在研究报告中披露被试对欺骗行为的反应。因此,即使欺骗内容对被试产生了负面的、消极的影响,也很有可能被研究者系统地截留和抑制了(详见 Oliansky,1991,一份罕见的欺骗性消极结果的报告)。因此,心理学家很难拥有充足的研究资料来评估伦理准则的有效性,自然也无法把它作为一种控制被试承担风险的有效机制。

因此我建议,进行伦理敏感性行为研究的心理学家,应该在他们公开的研究报告中逐一报告下列信息:(1)实验步骤实施的伦理依据;(2)使用伤害最小化方法;(3)用消除欺骗和消除敏感的方法;(4)收集被试对欺骗的反应资料。

我们可以采用扩展实验报告中方法和结果内容的方法,来解决西伯(Sieber,1944)对美国心理学会伦理准则提出的批判性问题。具体地说,西伯(Sieber)指出,6.06(*d*)[1]条款规定的"心理学家须采用合理的、适当的措施来保护被试本人和他们的权利和福利,以及动物被试的安全",既不具备教育意义,也缺乏强制性。

虽然待审的伦理准则(APA,2001)摒弃了准则 6 中的大部分内容,但是修订版尚不能直接解决西伯(Sieber,1994)所指出的问题。实际上,在准则的修订版本中,不仅继续使用了含混不清的语言,而且还设立了难以操作的原则,同时还无法帮助读者理解如何更好地解决伦理上的两难问题。该问题产生的原因在于:准则中使用了大量诸如"合理""适当"的修饰语,用来解释心理学家在尚不明确的情况下,如何

[1]　主编说明:注意这条在 APA 准则(2002)中被删掉了。

运用专业评估标准来判断伦理行为。使用这些修饰语的意图在于消除实际操作中的不平等，使平等更加普及，避免严格死板的法律定义，以及在心理学领域弘扬伦理观（p. 79）。然而，这种策略却无法帮助读者判断心理学家是如何识别什么是合理的和适当的伦理行为，以及他们的所为是否是合理的和适当的伦理行为。

……

我对此类要求进行了总结，发现至少存在以下三方面的潜在异议：（a）它们给研究者带来了不必要的负担；（b）它们给杂志报刊提供了过多的华而不实的信息；（c）它们导致了人们产生这样的错觉，即被试认为欺骗行为有正当的理由。而根据下面的观察得出的结论，这些潜在异议常常会不了了之。

首先，美国心理学会伦理准则把允许欺骗看作是一个理所当然的行为，承认对欺骗的预期受益会大于成本的假设。此外，因为准则要求研究者保护被试的健康，那么对于研究者而言，他们都会在申请报告书和最终报告书中表明他们将义不容辞地履行这样的职责。而且，正如我之前所主张的那样，伦理准则在客观上给研究者提供了一个包括被试亲历风险，各种保护和补救措施的信息提示。那么在此限度内，这样的信息提示是否有画蛇添足之嫌？

确定欺骗的实际操作范围

就欺骗而言，我认为有四大特征是研究者在设计研究时须重视的。这些特征是：（a）反馈信息失真；（b）研究者截留信息；（c）被试对隐私的要求；（d）靠技术性伪装获得的社会赞许效应。这些特征广泛地存在于研究步骤之中，每一个研究步骤都是连续统一体的组成部分，伤害程度分没有、轻微到严重。

反馈信息失真的特征体表现在给被试提供信息的每一步骤之中，这些信息是由研究者设计出来的。由于这类失真信息对被试造成了伤害，所以将会加剧伦理反感的潜在情绪。具体来说，因为反馈信息失真的内容涉及被试的非社会赞许行为，在特殊病理及相似的情境中，会使个体产生自我价值贬低的体验，因而增加了社会成本。

研究者截留信息指的是研究者为了防止被试习得研究中的特征行为，故意隐瞒相关研究细节，并设计出专门用于掩盖真实实验目的的包装信息。与反馈信息失真相比，反对截留信息的人日益增多。其原因是为了隐藏研究目的所截留的那一部分信息（如个体被分配到控制组还是实验组），恰恰是一些被试需要承担风险的相关信息。

研究者还需要考虑被试对隐私的要求，这是一个具有决定性意义的特征，它反映了何种因变量对被试来说是公开的、私人的或隐秘的。虽然要求被试公开私人信息（比如性爱的频率）或者秘密信息（比如不合法的行为）并没有本质上的错误，但是当这些信息是研究者通过胁迫手段公开时，被试的反感程度就会成倍增加。

最后，研究者应考虑由技术性伪装获得的社会赞许效应特征。公众对欺骗的反感之所以会不断增加，就是因为它是一类不受欢迎的行为，尤其是在当被试可能后悔做出此类行为，以及对受骗感到愤怒的情况下更是如此。至于被试是否会感到愤怒这个问题，由于缺乏充足的证据，也仅停留在推测阶段。

……通过对上述欺骗特征的考察，我们就可以在引用伦理准则时，为研究者提

供关于被试健康威胁程度方面的良好指导。

在这里,我推荐一种称之为注意转移的方法,使用此方法的目的就是让研究者把注意力从个体行为的效用方面,转移到允许使用欺骗方面。当然这种方法也存在争论,争论的焦点集中在行为的成本和受益比例方面。然而,这种注意转移方法并未缓解长期存在于两种欺骗观点之间的冲突。第一种观点认为,欺骗只要与被试的独立自主权发生冲突,便不可接受,因为它允许研究者暗中控制被试的行为(cf. Baumrind,1985)。第二种观点则认为,乍看上去,欺骗并非违反伦理标准,并且当行为研究的条件受到限制时,就可以允许欺骗(cf. Sieber et al. ,1995;Wendler,1996)。

……

为了在功利主义的背景下证明欺骗实践的效用,美国心理学会已经对研究的伦理准则做了一些细微的修改。至此,我已表明了自己的观点,如果心理学家能够结合伦理准则进行研究,那么他们将能更好地理解欺骗的参数资料。此外,我所推荐的程序将有助于美国心理学会对欺骗实施有效的监控。但是,仅仅这些改变还不足以解决以下问题,这就是美国心理学会对欺骗的容忍,已经违反了其自身必须完成的使命,那就是,我们不能将人作为用来达到目的手段。因此我建议,应增加一个补充附件,该附件的作用在于,当把欺骗作为研究的一部分时,研究者可以对知情同意书进行修改。

扩大知情同意的范围

要解决研究中长期存在的允许欺骗问题,其中一个方法就是修改知情同意书的内容。温德勒(Wendler,1996)建议,研究者要告诉候选被试,本研究会存在欺骗,这种欺骗是研究程序的一部分,借此征得被试的知情同意。换言之,作为一种实践,研究者要把参与欺骗研究的被试与使用安慰剂疗法的被试同样对待。

温德勒(Wendler,1996)为我们推荐了一个知情同意指导语的范例:

> 你应该注意到,为了完成本研究,调查人员不能告诉你所有的细节。也就是说,研究中的某些细节将不会出现在研究说明中。但是在研究结束后,调查人员会很乐意向你解释这些细节。如果你不喜欢或者因为其他的原因不接受这些隐瞒的方法,可以随时选择不参与这项研究。(p. 105)

为了论证修改后的知情同意协议中指导语的合理性,温德勒(Wendler,1996)修订了知情同意协议中的内容,目的是为了解决故意欺骗的伦理问题。这一做法的主要优点在于,它确保了被试的独立自主权。研究者通过允许对研究进行不完整的说明,履行了告知被试的义务,即告诉被试,他们可能会在实验中遇到一些合理的风险。顺便提一下,因为有很多结果都是在实验过程中发现的,而不仅仅局限于眼前所看到的,所以这个程序或许能够了解大部分被试自愿参与的期望。在实验之前,研究者已对实验程序作了验证性操作,以确保被试能够对关键参数做出反应,因此我们可以合理地认为,研究者能够自始至终地判断出被试是否已经正确地认识了实验中包含的欺骗。

正如温德勒所倡导的那样,我们有两个理由相信,在研究者使用强化知情同意

程序时，不会对被试产生伤害。首先，在知情同意的情境中，使用欺骗方法不会帮助研究者推卸减轻伤害的义务。研究者仍需要对被试说明研究协议的最小风险性，并且使他们理解这些风险的严重性。其次，如果伦理准则已经清晰地划分出了可以使用的欺骗方法类型和不可以使用的欺骗方法类型，并且也划分出了可接受的风险极限，那么被试就会采取更理智的方法保护自己免受伤害。

强化知情同意协议的最初目的是为解决以下两个方面的冲突，一方面是重视被试基本权力的义务，另一方面是对允许使用欺骗方法的限制。强化知情同意协议将使美国心理学会坚持自己的承诺：研究者有权在需要的情况下使用欺骗，同时也必须尊重被试的自主权。

这个措施解决了对被试权力关注的义务论问题，也使我们能够从功利主义的角度来考察其操作结果。修订后的知情同意程序的最大优点在于，它保护了每一位被试的自主权，赋予了他们知情同意的权力，同时也允许在研究程序中使用欺骗，这是因为在很多情况下，研究者会发现使用欺骗是研究中必不可少的方法。

现在，对于研究者使用伦理准则所产生的后果问题，还缺乏足够的事实研究依据，对其成本的预期也仅仅停留在预想阶段。其中存在一个明显的缺陷，这就是告知被试研究中存在欺骗，可能会导致泾渭不明的研究结果。在研究中，被试也许会被他们试图探究研究者如何实施欺骗的想法搅得心烦意乱。这种情况对于旨在研究诚信行为的实验来说，无疑是一个致命的威胁。然而，在经典研究中，也存在着被试因怀疑研究者动机而分散注意力的情况，与之相比，详尽告诉被试研究过程，可能比欺骗更容易分散他们的注意力。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (2001). Ethical principles of psychologists and code of conduct: Draft for comment. *Monitor on Psychology*, *32* (2), 76-89.

Baumrind, D. (1985). Research using intentional deception: Ethical issues revisited. *American Psychologist*, *40*, 165-174.

Collins, F. L., Kuhn, I. F., & King, G. D. (1979). Variables affecting subjects' ethical ratings of proposed experiments, *Psychological Reports*, *44*, 155-164.

Epley, N., & Huff, C. (1998). Suspicion, affective response, and educational benefit as a result of deception in psychology research. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *24*, 759-768.

Fisher, C. B., & Fyrberg, D. (1994). Participant partners: College students weigh the costs and benefits of deceptive research. *American Psychologist*, *49*, 417-427.

Kelman, H. C. (1967). Human use of human subjects: The problem of deception in social psychological experiments. *Psychological Bulletin*, *67*, 1-11.

Korn, J. H. (1987). Judgments of acceptability of deception in psychological research. *Journal of General Psychology*, *114*, 205-216.

Milgram, S. (1974). *Obedience to authority*, New York: Harper & Row.

Nicks, S. D., Korn, J. H., & Mainieri, T. (1997). The rise and fall of deception in social psychology and personality research, 1921 to 1994. *Ethics & Behavior 7*, 69-77.

Oliansky, A. (1991). A confederate's perspective on deception. *Ethics & Behavior 1*, 848-852.

Patton, S. C. (1977). The case that Milgram makes. *The Philosophical Review*, *86*, 350-364.

Protection of Human Subjects, 56 Fed. Reg. 28003, C. F. R. §46. 101-§46. 409(1991).

Richardson, D. R., Pegalis, L., & Britton, B.

(1992). A technique for enhancing the value of research participation. *Contemporary Social Psychology*, *16*, 11-13.

Sieber, J. E. (1994). Will the new code help researchers to be more ethical? *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*, 369-375.

Sieber, J. E., Iannuzzo, R., & Rodriguez, B. (1995). Deception methods in psychology: Have they changed in 23years? *Ethics & Behavior*, *5*, 67-85.

Smith, S., & Richardson, D. (1983). Amelioration of deception and harm in psychological research: The important role of debriefing. *Journal of Personality & Social Psychology*, *44*, 1075-1082.

Wendler, D. (1996). Deception in medical and behavioral research: Is it ever acceptable? *The Milbank Quarterly*, *74*, 87-114.

评论:

若想得到“心理学是否应彻底禁止欺骗”的相关辩论信息,请参阅下列文献:

Border, A. (1998). Deception can be acceptable. *American Psychologist*, 53, 805-806.

Kimmel, A. J. (1998). In defense of deception. *American Psychologist*, 53, 803-805.

Korm, J. H. (1998). The reality of deception. *American Psychologist*, 53, 805.

Ortmann, A., & Hertwig, R. (1997). Is deception acceptable? *American Psychologist*, 52, 746-747.

Ortmann, A., & Hertwig, R. (1998). The question remains: Is deception acceptable? *American Psychologist*, 53, 806-807.

综上所述,回顾心理学的研究,并参阅准则 8.02、8.04、8.05 和 8.07,有助于澄清允许欺骗和欺骗中的伦理问题。上述准则究竟是站在“科学家”一边,还是站在“人文主义者”一边? 它们真的能解决鲍姆林德所关注的问题吗? 如果你正在着手进行与欺骗有关的研究,那么这些准则能否给予你充分的指导,使你避开伦理陷阱? 它们和下述观点有什么关系? “伦理代表着一种关心的,甚至可以说是一种勇敢的承诺,在实施研究时,它带给我们人际间的相互信任。让研究符合伦理准则不是研究设计或者研究程序的特点,而是我们每一个个体的决定、行为、关系和承诺” (pp. 146-147)。参见: Haverkamp, B. E., (2005). Ethical perspectives on qualitative research in applied psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 146-155。由于科学的严格性常常与临床研究产生冲突,心理治疗方法研究的设计和操作不时会引发特殊的伦理难题。受控的临床实验就是一例,在这个实验中,一些被试可能接受了安慰剂治疗,而另一些被试根本没有接受治疗。下述文摘揭示了临床实验中的伦理两难困境。

在心理治疗研究中的知情同意和欺骗:伦理分析

8

⊙ 理查德 · T. 林赛(Richard T. Lindsey)

……

在咨询和临床实验中能否使用“安慰剂”,一直是一个令人棘手的伦理困境。按照定义,安慰剂是无用的,研究者也从未将这种方法看作是有助于实现研究目的的治疗方法。我们很容易理解这样一种情况,当人们接受治疗时,他们会比较不同的治疗专家或者诊所,从而挑选一种他们认为确实对病情有帮助的有效疗法。如果用安慰剂治疗代替病人期望得到的积极治疗,那么显然违反了治疗合同。此外,倘若病人发现了他们所接受的治疗只是一种安慰剂治疗而非积极治疗,他们可能会感到愤怒,并在专业承诺使病情有所改善方面感到被欺骗了。此时,由于治疗者使用了不正确的和不完整的信息,明显侵犯了病人的自主选择权。同时,由于缺乏有效的心理治疗,有可能使病情恶化,所以治疗者也违背了无伤害原则。最后,因为“治疗”后与治疗前相比,病情未见好转,善行的原则也不复存在。当治疗过程中存在两种可选的方法和两种有效的治疗形式时,安慰剂疗法的侵犯后果将会更严重(O'Leary & Borkovec,1978)。这些质疑同样也适用于非治疗对照组。

对此,须着重指出的是,使用替代性安慰剂疗法和进行非治疗对照组研究时,确实存在两种可供选择的设计方案。比如,奥利里和博尔科沃(O'Leary & Borkovec,1978)认为,由于设计安慰剂疗法实验的选择余地很大,故研究者应将一个有益的疗法和另一个有效的疗法进行比较研究。

> 只要两种疗法在持续治疗时间上以及其他非特定变量上效果同等;只要通过了独立评估,认为该疗法也能产生相同的预期效果,那么这样的实验设计就可以控制在安慰剂疗法实验条件下的一般变量。(p.826)

同样,如奥利里和博尔科沃(O'Leary & Borkovec)所建议的那样,在设计安慰剂疗法的实验时,应该用对照组设计方案取代控制组设计方案,从而避免对那些无法得到及时治疗的病人形成伦理侵犯。

在资源缺乏的情况下,如病人的人数大大超出了治疗者人数,上述步骤不一定能行得通。如果出现这种情况,那么从伦理的角度考虑,随意将一些病人安排到非治疗控制组的做法也是可以接受的(Stricker,1982)。

通过使用对照组,把被试分成不同的治疗小组不失为一种明智的选择,此时,研

究者应告诉每一位被试,现在有多个治疗方法,他们将被随机地分配到其中一个去,而每一个治疗方法都会有潜在的治疗效果(Stricker,1982;O'Leary & Borkovec,1978)。请被试就此问题做出知情选择(O'Leary & Borkovec,1978)。在总结研究结果时,如果某种特殊方法的疗效更为显著,而其他组又需要得到此方法的治疗帮助,那么此时可将这种治疗方法提供给其他组使用(Stricker,1982)……

参考文献

O'Leary, K. D., & Borkovec, T. D. (1978). Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, *33*, 821-830.

Stricker, G. (1982). Ethical issues in psychotherapy research. In M. Rosenbaum (Ed.), *Ethics and values in psychotherapy: A guidebook* (pp. 403-424). New York: Free Press.

评论:

伦理问题不仅存在于独立承担的临床研究项目中,同样存在于合作性研究项目中,关于合作研究项目的伦理问题讨论,请参阅 Imber, S. D., Glanz, L. M., Elkin, E., Sotsky, S. M., Boyer, J. L. & Leber, W. R. (1986). Ethical issues in psychotherapy research. *American Psychologist*, 41, 137-146。在这篇文章中,作者研究了一个多项合作的调查项目,在此项目中,临床研究的目的是评估两种抑郁症心理治疗简化方法的有效性和安全性(认知—行为疗法和人际疗法),同时比较丙咪嗪(一种抗抑郁剂)和安慰剂对情绪控制的效果。此实验设计会产生怎样的伦理难题呢?在科学要求、传统的专业判断和病人基本的福利责任三者之间,会存在怎样的伦理冲突呢?如果存在如下疑问,能否加剧上述问题的严重性呢?艾姆伯(Imber. et al)等人列举的被试是否全部都是抑郁症患者吗?这是一个几乎没法研究的难题,为了一窥全貌,建议读者阅读全文:

Fleetwood, J. (2001). Conflicts of interest in clinical research: Advocating for patient-subjects. *Widener Law Symposium Journal*, 8, 105-114.

Street, L., & Luoma, J. (Eds). (2002). Control groups in psychosocial intervention research [Special issue]. *Ethics & Behavior*, 12(1).

也有许多文章从更详尽、更综合的视角讨论了本章节所提及的问题,下面列举的文章因此而备受推崇:

Boruch, R. F., & Ceci, J. S. (1983). *Solutions to ethical and legal problems in social research: Quantitative studies in social relations.* San Diego, CA: academic Press.

Chatain, G., & Landrum, R. (1999). Chatain, G., & Landrum, R. (1999). *Protecting human subjects: Departmental subject pools and institutional review boards.* Washington, DC: American Psychological Association.

Elliott, D., & Stern, J. E. (Eds). (1997). *Research ethics: Areader.* Hanover, NH: University Press OF New England.

Kimmel, A. J, (1988). *Ethics and values in applied social research.* Newbury Park, CA: Sage.

Levine, R. J. (1988). *Ethics and regulation of clinical research* (2nd ed.). New Haven, CT. Yale University Press.

Miller, D. J., & Hersen, M. (1992). *Research fraud in the behavioral and biomedical sciences.* New York: Wiley.

Sales, B., & Folkman, S. (Eds). (2000). *Ethics in research with human*

participants. Washington, DC: American Psychological Association.

Sieber, J. E. (1992). *Planning ethically responsible research: A guide for students and internal review boards*. Newbury Park, CA: Sage.

若想获取有关科学伦理观方面的最新信息、新闻和资料,请参见由美国科学促进协会(American Association for the Advancement of Science)出版的"专业伦理学报告"。

在实验操作过程中,有些行为可能会受到法律责任和伦理观本身的严格审查。相应的民事处罚和刑事处罚研究,请参阅:

Kuzma, S. M. (1992). Criminal liability for misconduct in scientific research. *University of Michigan Journal of Law Reform*, 25, 357-421.

Sise, C. B. (1991). Scientific misconduct in academia: A survey and analysis of applicable law. *San Diego Law Review*, 28, 401-428.

有趣的是,这两本著作均从史蒂芬·布鲁宁(Stephen Bruening)案例的讨论开始,而史蒂芬是一个心理学家,他被指控并承认违反了两项授权声明,因而违反了联邦法律。

当我们对此案例进行深思熟虑的同时,或许应当谨记哲学家汉斯·乔纳斯(Hans Jona's)下面这番颇为煽情的言论:

> 我们不应该忘记,前进只是一种可供选择的目标,而不是无条件的责任,尽管它的节奏可能会变得特殊和难以抑制,也毫无神圣感可言。即便如此,我们还是应该记住,正如那些哀叹自身疾患仍未被人类征服的人会感到痛苦一样,我们在征服疾病过程中缓慢的进步也不会给社会带来威胁。但是,社会确实会被那些已经腐烂的伦理观念所危害,它们可能是人类对科学进步冷酷无情的追求,尽管这样做使我们取得了耀眼的成就,但却不值得拥有。(p. 28)

Jonas, H. (1970). *Philosophical reflections on experimenting with human subjects. In P. Freudn (Ed.) Experimentation with human subjects* (p. 1-31). New York: Braziller.

上述评论和下面这段话又有怎样的关系呢?"伦理代表着一种关心,甚至可以说是一种勇敢的承诺,在研究进行过程中,它给我们带来了人际间的相互信任。让研究符合伦理准则不是研究设计本身或者研究程序本身的特点,而是我们每一个人的决定、行为、关系和承诺"(pp. 146-147)。参阅 Haverkamp, B. E. (2005). Ethical perspectives on qualitative research in applied psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 146-155。

麦康奈尔和克尔博斯(McConnel & Kerbs, 1993)做出了这样的解释:

> 与人类被试有关的成功实验,取决于潜在被试的合作程度以及包括被试、研究者和管理者的组织机构。要想保留实验中的被试群体,就需要被试对参与研究的各类研究者给予积极地评价。这些都可以通过执行对人类被试要求的伦理准则来达成,也就是通过向被试提供及时的、适当的反馈信息的方式来达成。(p. 269)

参考文献: McConnel, W. A., & Kerbs, J. J. (1993). Providing feedback in research with human subjects. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 266-270。然而,研究伦理问题的学者们发现,被试(包括参与实验的被试和经

过实验程序被淘汰的被试)、实施研究的机构、研究的赞助商等,从来没有对未收到实验结果方面的信息而产生抱怨。只有一小部分人会将此视为一个伦理问题。除了麦康奈尔和克尔博斯(McConnel & Kerbs,1993)所提到的情况之外,可参阅的文献还有:

Gurman,E. B. (1994). Deriefing for all concerned:Ethical treatment of human subjects. *Psychological Science*,5,139.

Sieber,J. E. & Saks,M. J. (1989). A census of subject pool characteristics and policied. *American Psychologist*, 44, 1053-1061.

在现阶段,运用互联网进行实验是一个非常重要的新问题。美国科学促进协会(AAAS)为此组织了一次专题讨论会,并形成了一份报告,名为"通过网络进行人类被试实验的伦理和法律观点:一份专题讨论报告"。报告指出:"通过互联网进行研究给科研团体、被试和政策制定者带来了诸多复杂的问题。"(p. 15)参见:Fankel,M. S., & Siang,S. (1999,June)。以下网址可以检索到该报告:http://www. aaas. org/spp/dspp/ sfrl/projects/ intres/main. htm。下面一篇文摘是专门研究互联网实验相关问题的研究报告。

网络心理学研究:科技事务委员会顾问小组关于使用互联网研究方式的报告[1]



⊙ 罗伯特·克劳特,朱迪思· 奥尔森,马赫扎林·巴纳吉,
埃米·布鲁克曼,杰弗里· 科恩,米克·库珀
(Robert Kraut,Judith Olson,Mahzarin Banaji,Amy Bruckman,Jeffrey Cohen,and Mick Couper)

互联网和个人电脑的广泛使用,改变了心理学家合作、收集资料和公布研究结果的方式,可能对心理学研究产生深远的影响。在此文中,我们把注意力集中在互联网将如何改变心理学实证研究,以及这类研究所面临的机遇和挑战。互联网为实证研究者提供了巨大的机遇,它降低了收集人类行为资料的成本,例如,它可以使研究者在网络上对千百个被试进行在线实验,而无须对实验进行过多的干预(Nosek, Banaji, & Greenwald,2002b)。互联网聊天室和公告栏提供了各式各样的人类行为模式,可以研究人际沟通行为(Galegher,Sproull, & Kiesler,1998)、歧视行为(Glaser, Dixit, & Green,2002)、组织行为(Orlikowski,2000),还可以为其他研究提供创意(Kraut,Rice,Cool, & Fish,1998)。互联网也是一个观察诸如超大型社会群体的行为(Sproull & Faraj,1995)、分散式写作行为(Hinds & Kiesler,2002)、身份转换行为(Turkle,1997)等新型社会现象的窗口,这些现象在其自身领域内都很有价值,并且有可能对传统人类行为理论形成挑战。

与此同时,互联网也引发了人们对数据质量和如何对待被试的关注。当对被试进行在线网络实验时,研究者常常无法控制资料收集的环境因素。例如,在网络实验中,如何确保每一位被试对实验过程形成一致的认同程度,如何在网络上向被试说明实验的操作步骤,以及如何在网络上和被试进行有效的沟通等,都较之传统实验室研究困难得多。在聊天室和公告栏中进行沟通可能会给被试带来风险,包括缺乏对隐私权的保护以及缺乏对知情同意的认同。

这篇文章将讨论网络心理学研究的优点,以及由此带来的挑战。我们认为,网络心理学研究中所面临的问题可以得到解决,机构审查委员会也会对研究者的研究情况、被试的保护情况提出相应的监督建议。

(原文编辑注:已省略了网络研究的机遇和数据质量问题这两部分内容。)

……

网络研究的挑战:保护人类被试

实施网络在线研究影响着研究者保护被试权益的行为。我们认为,尽管网络研

[1] 本部分内容请参阅:美国心理学家,Copyright 2004 by the American Psychological Association. 59,105-117.

究方法所带来的风险不会高于其他研究方法,但是网络研究的确改变了风险的性质和研究者评估风险的能力。在实施网络研究方法时,由于联邦法规中关于保护被试的基本概念(如最小风险概念、公共行为概念)变得模糊不清,甚至有所改变,使得我们不得不面临一些挑战。同时,诸如网络研究存在着难以确定被试的身份,难以评估被试的反应等因素和问题,也使我们必须面临一些附加的挑战。

可识别的信息与匿名的信息

网络研究产生的诸多因素,会对研究课题本身产生潜在的影响。例如,如何确定被试是实名还是匿名,如何确定被试将面临的风险,该项研究是否获得联邦政府关于人类被试法规的豁免权,以及该研究是否完全符合人类被试的定义等。根据联邦法规(C. R. § 102(f)),如果要收集人类被试资料,必须通过和被试接触的方式,或者通过收集"实名的隐秘信息"的方式才合法;而对于收集那些不直接接触被试,或者间接识别被试的公共行为观察资料,则必须获得联邦法规中关于保护被试条款豁免权才能进行研究。(C. R. § 102(b))

网络研究的最大风险莫过于泄密,即将可识别被试身份的隐秘信息泄露到研究场合之外。在网络问卷调查和实证研究中,研究者可以通过避免询问被试的个人信息,或者通过把个人信息与实验数据分离的方式来降低泄密风险。

但是,对随机产生的网络行为进行观察时,要做到匿名非常困难,不仅如此,它还使得匿名和实名的界限变得十分模糊。假设某人想引用一篇在网络论坛上发表的文章,他既不能用假名来掩盖自己的身份,同时又必须表明自己的真实身份。与此同时,发帖者也很难匿名公布谈话内容,因为他们可能会选择包含有部分真名信息或全部真名信息的假名,或者该帖还会公开一些让别人可以把他们的假名与他们的真实身份联系起来的信息。甚至还可以通过网络日记中看似匿名的一小段信息(即我们熟知的网络日记或博客),或者通过网络搜索引擎找出发帖人的信息。欲了解此部分的详细内容,请参阅巴西特和奥赖尔登(Bassett & O'Riordan,2002)的相关著作。因此,为了保护匿名权,研究者应该修改化名的使用方法和文献的引用方法。

公共行为与隐私行为之比较

一些人认为,科学家可以在没有征得被试知情同意的情况下,随意引用在网络上已经公开的谈话内容,理由是此谈话记录可以被用来当作观察公共行为的研究资料(Herring,1996)。许多在线论坛并没严格的入会规定,允许随机浏览者参与交流或查看信息。比如,当潜水者(指那些只读帖而不发帖的人)占用被试电子邮件目录的比例高达50%以上时(Nonecke & Preece,2000),我们就可以认为,那些在论坛中发帖子的人并不想保留隐私权,研究者和机构审查委员会应把他们的网络交流行为视为公共行为。

但是,对于在什么时候网络交流行为应该被视作公共行为这个问题,还有一个重要的附加说明。联邦法规规定,对隐私的界定要以对隐私的期望为基础。一个在网络上交流的人能否合理地把自己的谈话内容视为隐私,取决于法律的规定、社会的准则和实施的具体细节等因素,而这些因素却是不断改变的。实施细节的特征是:是否对网络用户数量、会员资格进行了严格的限制,会员是否固定,交流的内容是否存档,能否看到潜水者是不是在线,论坛是否发布明确的记录政策等。研究者

和机构审查委员会在确定电子传单(Baym,1993)或网络聊天室(Bull & McFarlane,2000)的通信性质时,应以个案分析为基础,充分考虑上述因素。

对研究中的伦理问题进行思考,应该受到相关法律的制约,但是,至今为止,关于电子类通信的隐私保护法律还在完善之中。电子类通信隐私法案(The Electronic Communications Privacy Act,1986)规定:拦截电子类通信是非法的。私人电子邮件和人际间的即时通信都属于受保护的通信类型。然而,这种保护措施没有包括如公告栏、公共传单和聊天室等群体通信,甚至没有包括对登录密码的保护,在群体通信中,个人记录信息仅仅被视为"通信信息中的一部分"。

"如果允许公众随时登陆一个电子通信系统,那么该类通信系统将不受到保护"(The Electronic Communications Privacy Act,1986,18U. S. C. §2511(2)(g)(I))。

一种行为是否应该被视为公共行为,抑或隐私行为,还取决于技术上的更新。比如,许多网站现在都具有自动生成功能,它可以创建显示访问者计算机 IP 地址信息的日志,当用户单独使用有固定 IP 地址的电脑时,显示出的 IP 地址就等于知道了使用者的身份。但是,如果使用动态的 IP 地址,将一个固定的地址号码分配到一台动态的机器上,将无法识别使用者的固定身份。当 IP 地址属于动态性质时,对地址的跟踪只能识别出一组机器,而不能识别特定的机器和使用者。

既存的公共记录

如果研究需要收集既存的公共数据、文档和记录,那么此类研究将不受到以人类为被试的法律的限制(C. R. §46. 101(b)(4))。所谓既存的数据,指的是在研究之前就已经存在的数据,如关于网络讨论档案的研究。在研究过程当中产生的数据不属于既存数据,如博客上的帖子(一篇帖出来供大家分享和评论的网络日志或网络日记)、现场讨论所发的帖子。在研究中,对于那些涉及非研究用途的,既存的或者即将存档的数据、文档、记录要实施快速审查程序(机构审查委员会对这些研究通过快速审查程序进行审查,1998)。在快速审查程序中,审查者须了解知情同意情况,若符合法律规定,快速审查人员可免于审查。

网络研究中被试的风险

常规的伦理准则和联邦法规都对研究者提出了要求,要求他们把被试可能承担的风险降至最小化。虽然心理学研究不涉及身体伤害,但却可能产生社会的、心理的、经济的和法律的伤害结果。联邦法规规定,研究风险的最小化是指:"研究中预期产生的伤害和不适,其概率和强度不得高于类似在日常生活情境中所遇到的风险"(C. R. §102. (i))。

网络研究存在着两种潜在的风险:

- 直接参与研究所带来的风险(如在回答问题或者实际操作时产生的情绪反应)。
- 机密泄露所带来的风险。

网络研究的后续伤害

许多在线研究都包含着最低风险,它们都要求被试面对一些无伤害的问题,或者亲身经历一些暂时无大碍的情境。一般情况下,网络问卷调查研究、实验研究或

者观察研究存在的风险不会大于非网络研究。在某些方面,由于网络问卷调查或者网络实验社交压力较小,被试也可以在他们感到不适的时候随意放弃,所以网络研究风险还可能更低。比如,在非网络实验中,被试常常要面临面对面实验的压力(Milgram,1963),电话访问实验也会遇到人际交流的压力。相比之下,网络研究的自由放弃权对被试很有利。

虽然网络研究的风险概率很低,但研究的性质常常决定着风险程度。例如,在问卷调查研究中,所问的问题或者研究的反馈信息,就有可能引起被试对不愉快经历的回忆,或者使他们意识到了自己的某些负面情况(参见:Nosek et al. 's,2002b, research on automatic stereotyping)。例如,问卷调查研究中,为了证明被试缺乏认知能力,有意测试被试的自我价值观,以此挑战被试根深蒂固的信仰和态度,或者展示一些可能给被试带来情绪伤害的现实情境或感官刺激。如果网络研究的目的不是关注被试的风险承受程度,潜在收益足够大,且衡量网络研究成本收益的方法又和衡量医学研究或传统心理学研究成本收益的方法相同,那么这些风险就是合理的。

相反,我们真正需要关注的是:在网络研究实验中,我们可能没有能力对被试实施监控,也没有机会弥补给被试带来的伤害。

当网络被试组因研究的实施而利益受损时,那么他们个人就有可能受到伤害。考虑到人们通常会经由在线社会支持小组,对常见的健康或其他问题进行信息交流、倾诉或咨询,因此,金(King,1996)引用了网络支持小组中一位成员的话:当她发现有研究者出现在网络支持小组中时,她就不会积极参与了:"我认为,我加入的小组应该是一个对研究给予支持的小组,而不是像被装在鱼缸中的实验品。"类似的讨论请参阅:p. 122, Eysenbach & Till,2001。研究者和机构审查委员会在评估网络研究中成本和受益时,还必须对所做出的决定可能产生的结果给予非常周密的考虑。

事后说明

美国心理学会(2002)伦理准则要求在实验结束后立即向被试报告和解释实验的性质、结果以及研究结论。如果实验环节使用了欺骗方法,那么研究者须向被试解释研究的价值和使用欺骗方法的必要性。如果研究者在事后说明过程中发现研究程序构成了对被试的伤害,他们就必须采取措施来修复这些伤害。

在进行网络研究时,研究者可以把事后说明文字公布在网站上,这些文字说明应该具有自动更新的功能,并且可以根据特定的实验环境以及不同的被试作适当的更新,甚至还可以向那些未完成实验就退出网站的被试提供事后说明材料(Nosek, Banaji, & Greenwald,2002a)。例如,研究者可以通过设置一个"离开研究"的按键分发事后说明材料,或者在当被试退出网站时,通过弹出窗口向被试发布事后说明材料。但是,如前所述,进行网络研究事后说明可能存在困难,如果研究者恰好不在线,他就难以评估被试的状态,因此也就难以判断该被试是否会因参与实验而感到不适,也无法知晓被试对事后说明材料的反馈信息。

泄露机密

我们认为,在网络研究中,可能存在的最大风险和伤害来自于被试身份信息的泄露。通常,对信息的泄露发生在研究之外,而不是来自于研究本身。这些身份信

息可能包括声明记录、被试的态度和行为记录、电子邮件地址、部分假名和其他能够显示身份的信息。研究者必须提供理由充分的保证条款,以保护被试的隐私权以及数据的机密性。

在资料收集的过程中,若把被试的资料储存在一个和公用网络连接的电脑上,就有可能将被试的身份信息无意泄露。这是由于数据在传输的过程中最容易受到侵袭。例如,被试通过电子邮件的形式给研究者发送邮件,身份数据在这个过程中就会很容易受到侵袭。电子邮件的贮存和发送机制,意味着信息可能在到达最终收件人信箱之前,先在中转服务器的临时目录中保留了副本。我们可以通过采用自动网页探查的方式来降低资料泄露的风险,虽然"探查"程序可能会通过传输过程截取被试的社交安全号、信用卡号码或者电子邮件地址等已知的数据模式资料,但是这些风险是可以通过收集非身份信息,或者把身份信息和研究数据分开收集等方法来避免。虽然此类风险也会出现在纸质文件中,但是,由于网络具有开放性和自动模式探查性的特点,所以在互联网上传送信息具有更高的风险。

非研究者进入数据库会产生更大的泄密风险,例如,非研究者恶意使用黑客程序进入数据库,或研究者错将数据库的信息发出去。此类风险不只存在于网络研究,而是所有网络数据都必须面对的问题。解决泄密问题的标准程序则是将个人身份信息和其他描述性研究信息分开储存。

因此,倘若我们要保护姓名和地址这些与被试身份相关的信息,就要把这些信息贮存在一个文件夹里,而把研究数据贮存在另一个文件夹中,然后再用一个随机编码把它连接起来。图伦格尔、库珀和斯泰格尔(Tourangeau, Couper, Steiger, 2003)例举出一些用于保护敏感资料和身份信息的数据分装技术。

维护数据库的机密性要求心理学家掌握比现有水平更复杂的电脑技术。研究者应把电脑设置于加密状态,只允许相关的研究者进入数据库,并且要时常检查这些加密程序。研究者应该定期与安全系统销售商保持联系,一旦有新产品问世,便及时更新。对于贮存敏感资料、目录等信息的数据库可以设置保护密码,并且对敏感数据设置加密保护。然而,许多研究者并未做好预防措施。

当给参与网络研究的被试支付研究报酬时,研究者将会要求被试提供他们的邮寄地址,或者按财务规则要求被试提供他们的社会保险号,这样就有可以将被试的反应记录与实际身份进行匹配。一些研究者已经效仿 Amazon. com 网络零售商所使用的礼品代金券,被试每完成一个问题,就会向他们出示一个代替电子支付的电子代金券号码。这样,被试就可在不透露身份信息的情况下获取作为研究报偿的电子代金券。

确保信息机密性和资料不被泄露的方法,就是直接把研究资料的保密性和敏感性相链接。如,匿名被试,或者与其相关的非重要信息(如泄露此类信息不会给被试带来伤害或尴尬),许多网络调查和实验就属于其中的一种或者两种。在此情况下,就无需设置密码、加密或者强烈要求被试知情同意,因为这些操作可能反而会阻碍研究。例如,如辛格、希普勒和施瓦茨(Singer, Hippler, Schwarz, 1992)的研究指出,对信息机密性过分有意的保护或许实际上会增加而不是降低被试的关注,从而导致了被试不愿提供敏感信息的结果。强而有力的安全措施(例如使用安全协议)有时可能会阻止一些被试参与到这个实验中来。

但是,一旦需要被试表明身份,并且所收集的信息中可能含有使被试承担刑事、

民事责任风险,或危及被试的经济状况、工作状况、保险、名声,以及含有受辱信息时,研究者必须对机密信息的泄漏情况特别留意。在这样的情况下,用标准的安全措施代替电子商务,如加密技术和安全协议,当然还有很多可供选择的辅助手段(Garfinkel,Spafford, & Russell,2002)。

知情同意

研究者必须在被试了解研究的内容、风险和受益后,自愿选择参与实验(C. R. §116)的情况下才可以收集数据。在联邦政府关于使用人类作为被试的法律中,要求被试填写"机构审查委员会批准格式"的知情同意书,并且在被试签名后存档(C. R. §117)。显然,网络研究方式难以做到这样合法的程度。在此情况下,机构审查委员会可以取消此要求,可以通过只保存知情同意信息的方式达到研究风险的最小化。例如,可以把研究视为在外部环境下进行的观察以省略知情同意环节,也可以把研究数据和被试身份信息合在一起共同作为存档数据[C. R. §117(c)]。在大多数成人参与的网络研究中,都已经达到了取消知情同意的存档条件。因此,我们建议机构审查委员会取消存档要求,仅仅保留被试点击按钮的程序,用来表明本人已经阅读过并且理解了知情同意条款。

如前所述,由于网络研究缺乏互动性,这就意味着研究者常常无法真实地了解被试是否已经完全理解了知情同意条款。因此,和其他研究实验相比较,网络研究的知情同意条款应该进行更多的预测。

研究者可以通过要求被试对知情同意条款理解程度的反馈,来确定被试理解知情同意条款的程度。例如,要求被试对条款中每一个选项,点击"同意"以表示接受,或者画一个很短的问号以询问他们是否理解。但是,这些额外的确认操作,尽管有助于保护信息的机密性,却降低了项目的回应率,增加了敏感问题无应答比率(Singer,1978),同时,还可能产生边缘数据(Trice,1987)。因此,这些技术只能用于那些不超出最小风险范围的实验研究中。

对成年人来说,完成上述技术可谓易如反掌,但若被试是儿童或是其他弱势群体(如智障者),则这些技术未必适用。根据联邦法律,这些人不具备对实验做出知情同意决定的能力,只有在征得父母或监护人同意的情况下,才可以选择儿童做被试。但由于儿童可以很容易地假装成他们的父母接受调查,因此,由于研究者无法准确知道网络被试的真实年龄,因而使身份确认问题矛盾突出。因此,为了区分儿童和成人,研究者应设计出更为严格的程序。例如,要求被试输入只有成人才知道的信息(如信用卡密码),或者如维里赛所提到的那样,要求被试注册一份值得信任的授权书,详细信息参见网址:http://www.verisign,com/products/asb/。关于网络研究所涉及的风险,研究者和机构审查委员会必须通过非网络的方式实施调查研究,要么接受隐蔽身份的未成年人参与研究,要么建立父母同意机制,要么要求被试填写法律规定的有效表格并签名。在此须注意的是,进行儿童网络研究的研究者不仅受人类被试法律的约束,同时也受儿童网络隐私保护法(Children's Online Privacy Protection Act, 1998)的约束。相关信息可参见网址:http://www.ftc.gov/ogc/coppal.htm。禁止研究者在没有获得父母有效许可的情况下,没有告知如何使用信息的情况下收集儿童的个人信息。

对研究者和机构审查委员会的建议

……

当风险概率很低时，采用合理但不是极端的保护措施

此措施适用于研究者或机构审查委员会都不对研究中的风险最小化设置障碍的情况。当研究风险极低时，不必掩饰知情同意条款，也没有必要为了保证信息的机密性，设计大量的保证、加密、电子签名等程序。与之相反，我们可以针对风险的高低程度，使用相应的键控方法进行保护就行了。机构审查委员会应取消对低风险研究纸质知情同意书的存档要求。比如，在实施风险最小化的网络调查时，可以通过在网页上点击"同意"的方式来执行知情同意程序。对于低风险的调查和实验而言，若有必要，可以发一份常用的问卷来作为被试的事后说明材料。由于机密信息的泄露常常被视为网络研究中的最高风险，因此，研究者应使用安全的数据管理方法以降低风险概率。对此，我们需要把显示身份的信息和数据分开保存，严格审查数据目录，并在操作系统上安装安全防护程序。不论是网络研究还是非网络研究，所有以人类作为被试的研究都应以此方式保护数据的机密性。

当风险概率很高时，应该加强安全防护措施，或者放弃网络研究方法

在要求被试亲身经历高风险的研究中（无论是实验本身的直接风险，还是由于敏感数据的泄漏可能带来的风险），为了保护数据，往往要求研究者使用更安全的防护措施，甚至要求他们放弃网络研究也在所不惜。因为研究者在施行网络实验时，无法对被试的状态、痛苦的反应能力进行全面而真实的评估，如若持续实施含有欺骗性质的网络实验，将会给被试带来巨大的压力。在此情况下，研究者要么通过最初收集到的数据筛选出弱势群体，要么通过样本的选择决定是否继续采用此种研究方式。

"被试享有随时退出网络研究的自由权利"，该条款在实际研究中利弊参半。和电话采访以及实验室测验这两种研究方式相比，当被试选择是否自愿参与压力沉重的实验之前，或者在获得充分的事后说明之前退出实验环境。为了防止被试过早地退出实验，研究者可以将研究报告在研究结束后自动发送到通告地址，也可以根据被试的行为因人而异地制订事后说明材料。

如果所收集的数据中含有被试的高度敏感信息，则应提前做好额外的预防措施。除了将身份信息和研究数据分开保存这项标准程序之外，研究者还可以在适当的时候考虑对外求援，以更安全的方式获得被试、数据以及报酬等信息。通过此类方法，便可以杜绝泄露被试的身份信息。

就"敏感"这个话题而言，如果收集到的信息是敏感信息，那么可以通过确认知情同意电子签名、对数据传输进行加密，以及分散身份和数据等技术，来进一步强化对敏感信息的保护力度。如果是敏感话题，则要求研究者对被试进行严格的审查，以确保其电子签名或邮件地址等信息是被试自愿提供的。如果网络被试是未成年人，而收集的信息为敏感话题信息，还会出现特殊问题。此时，必须要求父母的书面知情同意文件，以确保父母完全了解孩子参加实验的真实情况。

使用未成年人被试进行实验研究时,应采取的特殊预防措施

未成年人往往更喜欢参加网络研究,这是因为现在很多未成年人都懂得如何使用网络。当被试是未成年人时,研究者需要获得父母的知情同意声明。然而,由于在网络实验中,研究者难以当面核实被试的年龄和身份,故此需要采用一些额外的特殊程序。研究者为了能够如实地确认被试父母的知情同意,应该问一些只有成年人才能够回答的问题(如驾驶执照的内容)。即使是一些只把成年人作为被试的研究,也同样会对未成年人产生吸引力(如网络游戏的研究),在此情况下,研究者应该通过制订特殊的研究参与程序,或者在网址的设置上设计更加有效的防卫措施,以确保未成年人无法参与研究。

参考文献

American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct, Draft 7*. Washington, DC: Author.

Bassett, E. H., & O'Riordan, K. (2002). Ethics of Internet research: Contesting the human subjects model. *Journal of Ethics and Information Technology*, *4*, 233-247.

Baym, N. (1993). Interpreting soap operas and creating community: Inside a computer-mediated fan culture. *Journal of Folklore Research*, *30*, 143-176.

Bull, S., & McFarlane, M. (2000). Soliciting sex on the Internet: What are the risks for sexually transmitted diseases and HIV? *Sexually Transmitted Diseases*, *27*, 545-550.

Categories of Research That May Be Reviewed by the Institutional Review Board (IRB) Through an Expedited Review Procedure 63 Fed. Reg. 6036460367(Nov. 9, 1998).

Children's Online Privacy Protection Act 13 U. S. C. §§ 1301-1308(1998).

Electronic Communications Privacy Act 18 U. S. C. § 2511(1986).

Eysenbach, G., & Till, J. E. (2001). Ethical issues in qualitative research on Internet communities. *British Medical Journal*, *323*, 103-105.

Galegher, J., Sproull, L., & Kiesler, S. (1998). Legitimacy, authority, and community in electronic support groups. *Written Communication*, *15*, 493-530.

Garfinkel, S., Spafford, G., & Russell, D. (2002). *Web security, privacy and commerce*. Cambridge, MA: O'Reilly & Associates.

Glaser, J., Dixit, J., & Green, D. P. (2002). Studying hate crime with the Internet: What makes racists advocate racial violence? *Journal of Social Issues*, *58*, 177-193.

Herring, S. (1996). Linguistic and critical analysis of computer-mediated communication: Some ethical and scholarly considerations. *The Information Society*, *12*, 153-168.

Hinds, P., & Kiesler, S. (Eds.). (2002). *Distributed work*. Cambridge, MA: MIT Press.

King, S. (1996). Researching Internet communities: Proposed ethical guidelines for the reporting of results. *The Information Society*, *12*, 119-127.

Kraut, R. E., Rice, R. E., Cool, C., & Fish, R. S. (1998). Varieties of social influence: The role of utility and norms in the success of a new communication medium. *Organization Science*, *9*, 437-453.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *67*, 371-378.

Nonnecke, B., & Preece, J. (2000). Lurker demographics: Counting the silent. *CHI 2000, ACM Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI letters*, *4*(1), 73-80.

Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002a). E-research: Ethics, security, design, and control in psychological research on the Internet. *Journal of Social Issues*, *58*, 161-176.

Nosek, B. A., Banaji, M., & Greenwald, A. G. (2002b). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics*, *6*, 101-115.

Orlikowski, W. J. (2000). Using technology and constituting structures: A practice lens for studying technology in organizations. *Organizational Science*, *11*, 404-428.

Singer, E. (1978). Informed consent: Consequences

for response rate and response quality in social surveys. *American Sociological Review*, *43*, 144-162.

Singer, E. Hippler, H., & Schwarz, N. (1992). Confidentiality assurances in surveys: Reassurance or threat? *International Journal of Public Opinion Research*, *4*, 256-268.

Sproull, L., & Faraj, S. (1995). Atheism, sex, and databases: The net as a social technology. In B. Kahin & J. Keller (Eds.), *Public access to the Internet* (pp. 62-81). Cambrideg, MA: MIT Press.

Sproull, L., & Kiesler, S. (1991). *Connections: New ways of working in the networked organization.* Cambrideg, MA: MIT Press.

Tourangeau, R., Couper, M. P., & Steiger, D. M. (2003). Humanizing self-administered surveys: Experiments on social presence in Web and IVR surveys. *Computers in Human Behavior*, *19*, 1-24.

Trice, A. D. (1987). Informed consent: VIII. Biasing of sensitive self-report data by both consent and information. *Journal of Social Behavior and Personality*, *2*, 369-374.

Turkle, S. (1997). *Life on the screen.* New York: Touchstone Books.

评论:

网络伦理研究的其他相关文献,请参阅:

Keller, H. E., & Lee, S. (2003). Ethical issues surrounding human participants research using the Internet. *Ethics & Behavior*, 13, 211-219.

Kralik, K., Warren, J., Price, k., Koch, T., & Pignone, G. (2005). The ethics of research using electronic mail discussion groups. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 537-545.

Pittenger, D. J. (2003). Inernet research: An opportunity to revisit classic ethical problems in behavioral research. *Ethics & Behavior*, 13, 4-60.

Varnhagen, C. K., Gushta, M., Daniels, J., Peters, T. C., Parmar, N., Law, D., Hirsch, R., Takach, B. S., & Johnson, T. (2005). How informed is online informed consent? *Ethics & Behavior*, 15, 37-48. (网络上可查找的赞同意见与报纸上的赞同意见无明显差异)。

一项关于通信方法论的实用研究,请参阅 Hewson, C., Laurent, D., & Vogel, C., (1996). Porper methodologies for psychological and sociological studies conducted via the Internet. *Behavior Research Methods Instruments, and Computers*, 28, 186-191。

最后,感兴趣的读者一定会发现,对人类被试研究所采用的实验方法并非是引起争议的个别方法。正如高尔文和赫佐格(Galvin & Herzog, 1992)所说的那样:"利用动物作为行为与生物医学被试的研究,已经成为社会、政治、哲学和心理学分支学科的一个主要争议点"(p. 263),见 *Galvin, S. L, & Herzog, H. A., (1992). The ethical judgment of animal research. Ethics & Behavior, 2, 263-286; Saucier, D. A., & Cain, M. E. (2006). The foundations of attitudes about animal research. Ethics & Behavior*, 16, 117-133。由于这些争议源于动物保护组织的压力,所以使用动物被试的研究项目也会和在大学里进行的人类研究、动物研究的项目一样,须经过一个名为"机构性动物保护与利用委员会"的严格审查。除了2002年的伦理准则之外,美国心理学会还制订了有关动物研究的政策(随后再版)。

使用动物及关爱护理行为的伦理准则 10

……

下述伦理准则由美国心理学会制定，旨在规范心理学家对非人类动物的研究行为。此伦理准则是依据美国心理学会颁布的心理学研究者伦理规范和行为准则第6.2节制定的。在一般情况下，动物的购买、护理、畜舍、使用和处置都要遵守联邦政府、州政府和地方政府的政策和法律，并遵守美国参与的国际公约。美国心理学会的成员在其他国家进行研究时，还应遵守所在国的法律。

……

Ⅰ.研究实施的理由

A. 研究者应对所进行的研究制订一个明确的科学目的和以下合理的预期：a）研究应能够有效地增进被试种群的进化、发展、维持、选择和控制，或促进行为生物学的知识积累；b）在研究施行前，研究者应事先对研究的实用性和推广性进行评估；c）研究者应对研究样本有深入地了解；d）研究结果有助于促进人类和其他动物的健康或福利。

B. 研究的科学目的应能够证明使用动物进行研究所具有的潜在合理意义。心理学家在研究施行过程中，应遵循如下假设：使人类被试产生疼痛的研究同样也会给动物带来痛苦。

C. 研究备选样本的物种应被视为能够应答所有研究问题的最适合样本。心理学家应该考虑到使用其他物种的可能性，尽量在研究中不使用动物或用非动物替代，并熟悉相关文献。

D. 要实施使用动物的研究，必须由合法的动物护理委员会对研究协议进行审校，如动物饲养和使用委员会（IACUC），以确保此项研究程序的恰当性和人性化。

E 为了保护动物利益，并确保研究过程的合理性和人性化，心理学家必须对整个研究过程进行全面监控。

Ⅱ.人　员

A. 心理学家应能保证参与动物研究项目的工作人员熟悉上述理由。

B. 使用动物的研究程序，必须遵守联邦政府关于人事、督导、备档和关爱的研究行为准则。[脚注省略]

C. 许多研究都把行为特征作为实验的关注点，动物行为也是关注动物健康及福利的基本信息来源。因此，心理学家及其助手必须熟悉动物的行为特征，以便了解一般样本的常态行为和特殊的样本的异常行为，从而更好地预测动物的健康问题。

D. 在相关部门的监督下，所有在实验中使用动物的研究者都须持有一份阐明实验方法、护理、维持及处理研究样本的说明书。研究者所履行的职责，应与他们在实验室或在实际研究领域内的研究能力、培训程度和工作经历相一致。

Ⅲ. 动物的护理和收容

"动物心理健康"一直是公众关心的问题，也是容易引起争议的问题，这一概念也已经被美国农业部(United States Department of Agriculture [USDA], 1991)所采纳。而作为一个以科学为导向的专业组织——美国心理学会，也已经认识到定义动物心理健康这一概念在内涵上具有复杂性。这是因为适用于某一特殊样本的实验程序，并不一定适用于其他样本。因此，美国心理学会迟迟未做出在研究中如何保护动物心理健康的特殊规定。他们认为，只有熟悉动物样本的心理学家才是最适合做出保护和提高动物样本心理福利的人选。

A. 为动物提供的饲养场所应达到或超过现有规章制度的要求(USDA, 1990, 1991)，并保证每两年一次的例行检查(USDA, 1989)。

B. 所有使用动物的程序必须经过地方动物护理委员会的审查，以确保程序是适当的、人性化的。委员会的成员必须由组织机构和地方社区的人员组成。倘若无法组建适当的地方动物护理委员会，那么心理学家应当听从类似的合作机构或委员会的建议。

C. 在动物护理委员会的监督下(联邦法规的要求)，由心理学家承担对在实验中或驯化中动物饲养场所的管理责任，承担在其他研究情况下使用动物饲养环境的管理责任，或者由动物护理委员会指定的监护人承担执行责任。管理者应给予动物人性化的保护，并为其健康成长提供条件。联邦政府除了要求研究者为人类以外的动物实验样本提供心理安全感，同时也鼓励心理学家应对如何提高动物实验环境条件予以考虑，并对研究样本的实验状况做好记录。

Ⅳ. 动物的获得

A. 如果要在非实验室条件下繁殖动物，那么其操作程序必须符合法律规定。因此，研究者必须向美国农业部门(USDA)和地方政府相关部门进行咨询，以获得动物供给和管理的相关信息。

B. 心理学家应最大限度地确保运送动物的人员为动物提供充足的食物、水、良好的通风设施以及宽敞的空间，不允许对动物施加不必要的压力。

C. 对于野生动物，研究者必须以人道的方法进行诱捕，并时刻遵守联邦、州和

地方政府的相关法规。

D. 如果研究需使用濒危动物，那么研究者只有获得许可，以及在充分理解相关伦理准则的前提下才能进行研究。

V. 实验程序

倘若实验研究的根本目的是为了获得可靠而有说服力的证据，那么人性化宗旨应该成为动物实验程序设计与实施的基本前提。所有实验程序应遵照伦理准则 I 中的规定来实施。

A. 如果研究程序中不包含令人反感的刺激程序，或不会给动物带来明显的痛苦，那么允许使用动物被试进行实验，也允许使用观察方法和非入侵方法收集数据。

B. 为了将动物的不舒适水平降至最低，研究者应在实验程序中有所选择。当使用可能引起反感的刺激条件时，即使研究目的与行为一致，也必须调整刺激参数，从而把动物的不适水平降至最低。在合理的情况下，我们提倡心理学家先在自己身上实施痛苦刺激，而后再应用在动物身上。当实验程序与研究目标相一致时，应考虑适当控制使用动物过程中存有的厌恶性刺激。

C. 研究者在实验过程中应对动物进行麻醉，使其在整个实验过程中保持无痛状态，并可以在动物苏醒前施行安乐死。

D. 当实验过程中包括暂时的或短暂的厌恶刺激，当这种刺激不能用药物和其他方法来减轻痛苦时，那么该实验程序只能在无法用其他方法替代的情况下才可执行。

E. 当研究者需要实施长时间厌恶刺激，或破坏肌体组织，或实施心理紊乱干扰的实验程序时，则需要有更充足的研究理由和研究监督。这些实验程序包括延长极端环境的实验条件、实验性的诱惑捕杀、使动物遭受身体创伤或组织破坏。只有当发现动物处于极度焦躁状态，或者处于无法缓解的慢性痛苦状态，并且无法达成实验目的时，才能够立即对其实施安乐死。

F. 使用限制程序必须遵守联邦法规。

G. 当实验需要使用瘫痪动物，并预知该程序所产生的痛苦无法缓解时，研究者尤为需要持慎重和人道的态度。在实施外科手术的实验中，应尽量避免使用未经麻醉的活性动物组织和瘫痪动物。

H. 由于外科手术的实验程序具有侵犯性，因此，心理学家需要对动物施行人道监护。在任何可能的情况下，研究者都必须对动物使用无菌技术（将传染病的风险降至最低）：

1. 所有外科手术和麻醉手术的实验程序都应直接由监督人负责执行，即由具备专业能力的研究者负责执行。

2. 如果外科手术可能导致动物产生比麻痹更大的不适感，那么在没有得到特殊许可之前，必须保证动物的麻醉无痛状态持续到整个实验结束为止。

3. 为了减少动物的痛苦、预防感染和减少产生其他不良后果，应对动物进行合理的术后监护（包括使用止痛药和抗生素）。

4. 为了保护动物的利益，除非研究性质必须，否则不允许在同一动物身上连续

实施外科手术。如果研究者需要在同一动物身上进行多次实验,那么他们必须获得动物保护委员会的特殊批准。

I. 如果在实验程序中没有要求非使用动物不可,那么为了把使用动物的数量降到最低,研究者应考虑使用动物的替代品。研究者应有选择性的使用动物,从而使研究目标和动物的福利目标相一致,但同时应该注意,这并不代表可以在同一动物身上进行多次实验。

J. 实验结束后,若需将野生动物放归自然,则应考虑动物自身的安全性和周围生态环境的危害性。在一般情况下,研究者不应放生在实验室中驯养的动物,因为它们可能会在放生后无法继续生存,也可能会对自然生态造成破坏。

K. 如果将安乐死视为动物实验程序中的适宜方法,那么该方法必须是实验程序中的组成部分,或者是实验后处理动物的最人道方法:

1. 对动物实施安乐死,以保证其立即死亡的人道方法,应与最新版本的"美国兽医协会小组安乐死实施程序"公布的程序相一致(AVMA)。[脚注省略]

2. 对动物实施安乐死的方法应该与相关的法规相一致;与健康的、环境的、美学的观点相一致;同时也应该得到动物保护委员会的支持。任何动物必须经过检验,确认死亡后才能被弃置。

Ⅵ. 现场研究

现场调研可能会破坏生态系统和动物伦理准则,所以在实施现场研究之前,研究者必须事先得到动物保护委员会的认可。如果未经严格的审查,动物保护委员会将不会批准任何一项现场研究方案(USDA,1989,P. 36126)。

A. 心理学家在实施现场研究时,应尽量避免滋扰当地居民——这一点与研究的目标一致。心理学家在对该地区的人口及其他动植物进行研究时,应努力做到把潜在的危害影响降至最低。

B. 在居民区进行研究,应尊重该地区居民的财产权和隐私权。

C. 对于濒危物种的研究,必须有特殊的正当理由。只有获得动物保护委员会的认可,才能实施对濒危物种的研究。

Ⅶ. 动物的教育用途

如同课堂示范一样,用活体动物进行实验示范也具有一定的教育意义。美国心理学会对大学前教学过程中使用动物被试制订了相应的规定,包括在科学事件和科学研究中使用动物被试。美国心理学会在"中学心理学教学中的伦理准则"的备案中,专门列出了"高级中学教师从属项目"(教育董事会,美国心理学会,750 First St.,NE,Washington,DC 20002-4242)。

A. 美国心理学会提倡心理学家在所有涉及动物演示的课程中,向学生说明并共同讨论动物研究的伦理观和价值观。

B. 只有经过委员会重审,确保课程符合规则中的所有条款之后,心理学家才可以将动物被试用于教育目的。

C. 有些被证明可用于实验目的的程序,并不一定适用于教育目的。因此在课堂上,心理学家应考虑使用动物被试的替代品。

参考文献

U. S. Department of Agriculture (1989, August 21). Animal welfare; Final rules. *Federal Register*.

U. S. Department of Agriculture (1990, July 16). Animal welfare; Guinea pigs, hamsters, and rabbits. *Federal Register*.

U. S. Department of Agriculture (1991, February 15). Animal welfare; Standards; Final rule. *Federal Register*.

评论:

1991 年 2 月 15 日的联邦公报(56, 6425-6505),刊登了美国心理学会关于灵长类动物和狗的福利规则。随后,这些规则被纳入了联邦法规的条款之中(Animal Welfare Standard, 9 C. F. R. part3)。然而,在 1993 年,联邦法院还是责成美国农业部重新编写了相应的法规。在重新编写的法规中,否定了 1991 年法规中的某些条款,但是联邦法院声称,1991 年颁布的法规并非美国国会故意对动物福利的最低标准做出限定。来自法院的声音最终导致了美国国会批准了美国农业部制定的法规,但是这些条款给研究者在建设既符合法律要求、又符合伦理要求的动物畜舍环境方面带来了一个更大的两难选择。

许多自称是动物权益保护者的人呼吁对动物研究进行限制,然而这些限制要求遭到了强烈的反对。对动物权益运动所引发的评论,请参阅:

King, F. A. (1991). Animal research: Our obligation to educate. In M. A. Novak δ A. J. Petto (Eds.). Through the looking glass: Issue of psychological well—being in captive nonhuman primate (pp. 212-230). Washington, DC: American psychological Association.

Lansdell, H. (1993). The three Rs: A restrictive and refutable rigamarole. *Ethics δ Behavior*, 3, 177-185.

《伦理与行为》第二编第七卷阐述了在研究中使用动物被试的伦理问题。与该问题密切相关的文章请参见 Orlans, F. B. (1997). Ethical decision-making about animal experiments. Ethics & Behavior, 7, 163-171. 美国心理学会(APA)专门就动物研究中伦理准则问题制订了一个文件,名为:"学校行为主体使用动物的指导原则"。

此文件由美国心理学会科学委员会制订。有关该主题的最新讨论,请参阅 NIMH. (2002). *Methods and welfare considerations in behavioral research with animals. Report of a National Institutes of Health Workshop* (*NIH Publication No. 02-5083*). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

美国动物年报曾披露过一个臭名昭著的动物实验案例,这就是心理学家爱德华·陶布(Edward Taub)所做的猴子实验。在此案例中,马里兰行为研究机构所的爱德华·陶布用猴子做实验时,切断了猴子的神经。佛拉斯(Fraser)为此专门写了一篇题为"银色春天的袭击"的文章(The New Yorker, 66-74, 76-84),其中一部分内容涉及反对用动物进行生物药品和行为研究的人,对使用动物的研究组织进行暴力干扰的问题,为我们进一步合理而公平地讨论此问题提供了参考。美国国会在 1992 年通过了对使用动物的研究组织的保护法令,这些法令已成为美国犯罪条例(18U. S. C & 43)的一部分,并补充了相应的内容:

第二部分　对使用动物的研究组织的恐吓行为

(a)在一般情况下,美国犯罪条例的第18部分包含了如下42节的内容……

§43. 对使用动物的研究组织的恐吓行为

(a)攻击

(1)在国内外商业旅行中,使用电子邮件或其他设施发布攻击消息,导致使用动物的研究组织的财产损失。

(2)采用故意偷窃、破坏等手段,导致使用动物的研究组织的财产(包括动物和记录性文件)丢失,从而破坏了使用动物的研究组织正常的运作功能。如若经济损失超过10 000美元,参与此破坏活动的人将依据此条例,给予罚款的处罚或判处1年或2年以下的监禁。

(b)严重的攻击

(1)严重的身体伤害:无论何人,对另一个人实施暴力并造成严重的身体伤害,则将依据此条例,给予罚款的处罚或判处10或20年以下的监禁。

(2)死亡:无论何人,对另一个人实施暴力并导致另一个人的死亡,则将依据此条例,判处终身囚禁或无期徒刑。

(c)赔偿:第3663部分内的赔偿法令,涉及对暴力的补偿

(1)对因遭攻击被中断或导致无效的实验,必须予以赔偿;不仅如此,还须对重新进行的实验项目给予合理的费用赔偿。

(2)须赔偿因攻击而导致的食物损失或农业收入损失。

指导学生研究的伦理问题：对批判性事件的研究[1]

11

⊙ 罗德尼·K. 古德伊尔，古莱德·A. 克雷戈和迈克尔·W. 约翰斯通
（Rodney K. Goodyear, Clyde A. Crego, and Michael W. Johnston）

［前言：本研究选取的被试为57位知名的、经验丰富的心理学家。研究者给被试发放开放式问卷，要求他们以自由反应的方式，评估教学人员在指导学生和与学生合作研究中存在的伦理问题。问卷涉及114个重点问题，详见表1。美国心理学会于1992年颁布的“适用于研究的伦理准则”，为此项研究提供了相应的参照标准。本文将对每一类伦理问题的回答展开讨论。］

……

不称职的指导　心理学家须认识到，客户在咨询过程中可能存在伤害风险，因此，如果对客户提供了超出专业能力之外的服务，将被视为违反伦理准则的行为。尽管在理论文献中，对此原则的应用情况尚未进行充分的讨论，但是毫无疑问，它也适用于指导研究论文的教师。以往我们重视的是导师在方法学上所具备的合格能力，但是，与研究项目相关的课题能力也是另外一种重要的能力。

所谓课题能力，指的是出现在主题研究或论文指导过程中表现出的能力。例如，导师一方面要尊重学生的自主权，而另一方面也要在指导过程中能够保持使学生受益的客观态度。然而，这两者之间存在着明显的伦理冲突。事实上，我们可以通过编制量表，并通过导师对量表项目的回答，来评估他们的指导行为。如果在连续量表的一侧得极端分，表示他们允许学生完全按照自己的兴趣，不顾所学专业的匹配情况来选题。通常，获得此类极端分的导师会认为，进行“独立”研究的涵义，就是让学生在选题上拥有完全的自由度。如果导师在连续量表的另一侧得极端分，则表示他们将会以自己的专业领域作为限制，拒绝指导选题超出自己专业领域范围的学生。

我们无法完全接受这两种极端的行为。不过，学生在选题过程中，如果可以自由地选择与本人兴趣最接近的导师，则上述情况一似乎比情况二更容易找到遵守伦理准则的平衡点。如果学生被迫选择了与自己兴趣相悖的选题，则他们会因失去选题自主权而感到受伤害（例如：他们会在研究态度和工作质量上把这种感觉表现出来）。

---

〔1〕 援引自 Professional Psychology：Research and Practice，23，203-210. 由美国心理学会1992年出版，省略了表1中的内容。

第二个与课题能力有关的问题,涉及导师对研究方法和统计学知识的掌握程度。诚然,能力历来有大小之分,出众的人毕竟是少数。正如一个被试所描述的那样,文章的作者"最终"必须对他们的学术成果独立承担责任。而仅仅简单地引用"因为统计学者如是说"之类的话语是远远不够的。但是在现实的研究指导过程中,确实存在着下述情况,或者是导师专业水平不高,或者是导师侵占了学生应有的受益权利,再就是导师不能保持中肯的指导态度。可想而知,在这样的情况下,导师势必会对学生造成事实上的伤害。

……所幸的是,按照传统惯例,学校教学委员会给学生提供论文开题或答辩的机会。这样做尽管不能完全消除不称职导师所带来的负面影响,但还是可以起到降低此类影响的作用。

不适当的指导行为 不适当的指导行为意指导师可能具备了指导能力,但却放手让学生独立地进行研究。

导师没有对学生的研究提供有益的技术支持,以便帮助学生在研究上获得成功。虽然我们无法得知不适当的指导行为在所有研究指导中所占的比例究竟有多大,但是,即便是最尽责的导师也很可能偶尔出现下述错误:不及时回应学生的问题,或对学生的工作没有给予充分的评价,参见 Magoon & Holland,1984。基奇纳(Kitchener,1984)指出,尽管在"适用于研究的伦理准则"中列出了公平性、利他性、无害性准则,但是那些越是具有不适当指导行为的人,看上去却越能表现出中肯的行为。

终止指导行为 终止指导行为意指导师没有遵守对学生的指导承诺(明确的或间接的),没有帮助学生完成研究项目。导师既没有保持中肯的指导态度,也没有使学生在指导过程中受益。事实上,这些导师甚至可能会对学生造成某种程度上的伤害(例如:延迟毕业,无法使学生适时地从事更为有益的工作)。

上述伦理问题,在性质上有两种不同的放弃指导类型。一种是学生常常被当作研究团队中的成员参与项目研究,他们承担了大量的工作,但是导师却没有履行承诺努力跟进,致使研究项目未能完成。由于导师或具有项目执行特权,或具有数据占有权,所以学生无法享受按劳取酬的权利。

另一种是导师在学生的研究或论文写作进行到一半时,停止了对学生的指导。尽管导师这样做的原因可能是休假,但更普遍的原因是他们调离了本校。在上述情况中,倘若学生在研究期间得知导师将要调离,或者事先就知道导师会调离,那么导师对伦理原则的违背程度会低一些,对学生的诚实程度,以及由此产生的危害程度也会小一些。

……对制度的内容、政策和规范进行研究,可以对处理教师因离开而造成指导终止这类问题提供很大的帮助。例如,一些大学会给休假的教师提供旅游费用甚至工资,从而保证所指导的学生论文能如期完成。但是,如果当时的情况不允许导师继续为学生的研究提供指导,那么导师应积极帮助学生转由其他导师指导,如同心理咨询人员将客户转介到其他心理咨询人员那里一样。

价值观的侵犯行为 可以肯定地说,绝大部分人对什么是研究的重点,以及该从什么角度进行研究都持有自己的观点,鉴于指导论文研究的客观性并不一定比心理治疗程序的客观性高,所以导师必须在独立坚持自己的价值观和将价值观强加于学生两者之间做出明确的界定。将自己的价值观强加于学生的行为,违背了自主性

和公平性的原则。为了使学生得到合理的保护,那么:(a)学生应该清晰地了解导师的价值观;(b)学生可以自由选择导师,以避免与价值观相悖的导师合作。

导师滥用权利和剥削性指导行为 尽管导师滥用权利行为和剥削性指导行为有着相似的特征,但是评估者仍然认为,它们是两类独立的行为,并且有概念上的区别。其基本区别在于导师意图的差异:所谓剥削性指导行为,指的是导师为了一己私利使学生受到伤害;导师滥用权利行为指的是导师以学生的某些真实的或凭空想象的“缺点”惩罚学生。无论上述何种情况,导师都可能违背了公平性和无害性原则。

双重关系行为 在心理学研究领域,双重关系行为也会引发研究指导问题。古德伊尔和辛尼特(Goodyear & Sinnett,1984)发现,相同职业选择的人趋向于有相同的信仰和价值观,这种相似性成为相互吸引的基础。而互相吸引的情况在导师与学生之间时有发生。此外,与心理治疗师和客户的关系相比,导师与学生由于处在多重环境相互影响下,其情况要复杂得多,彼此受到的实际行为约束也会少得多。事实上,据塔巴克尼克等人(Tabachnick,1991)的观察,“在校园内外,有很多社会的和其他类型的活动供学生和教师参加,但是在学术领域,导师与学生的界线有时还很模糊”(P.514)。

尽管把问题提出来是为了保护学生免遭剥削,但是由于师生权益不同,无论导师的出发点有多好,学生在研究关系中所处的境地显然比导师更危险……这就表明,公平性和无害性原则明显存在着问题。

鼓励欺骗行为 导师鼓励学生参与含有欺骗性质的研究活动,如伪造数据或伪造研究成果此类备受非议的行为。

尽管在某些情况下,这些行为有时可能会取得“成功”,但是这些行为却践踏了研究的科学性,学生也因此充当了不幸的反面例子(那些不忠实的人)。同样重要的是,学生在事实上的行为会使自己处在可能受伤害的风险之中……

表1 导师的伦理问题

类　别	批判性事件	适用于美国心理学会的伦理准则
不称职的指导	(a)导师不熟悉基本的统计学原理,致使学生不得不向其他教师请教一些最基础的相关知识。 (b)统计人员在分析研究数据时,使用了导师和学生不熟悉的数据资料。	
不适当的指导	(a)导师在指导高学位论文写作中,只作为一个不重要的人参与了学生的研究,没有阅读学生的论文草稿,在学生的论文答辩前也没有提供帮助和给予相应的建议。致使论文质量低下,学生因此而蒙羞。 (b)导师很少参与学生的论文项目研究,并且只提供了很少的指导建议。仅在答辩开始前批评学生的论文主题和结论不符合要求。 (c)在专题讨论会上,导师没有建立学生表现的评价标准,未能让学生根据专题讨论小组所提出的意见继续进行研究,并辩护说“反正没有人阅读此论文”。	

续表

类　别	批判性事件	适用于美国心理学会的伦理准则
终止指导	(a)"我看到一些学生因教师对此项目不感兴趣、调离或其他的原因而终止了自己的论文研究项目"。 (b)三年前,作为一名实习生,我是某研究团队中的一员,这个团队当时正在进行一个大型的治疗效果研究。我们列出的论文一篇也没能完成,尽管我在研究中不间断地参与了撰写、分析、编辑等工作,但是最终我还是被告知所做的努力是无效的。 (c)一位导师组建了一个研究团队,和其他教师一起合作完成大量的工作,她说她会完成论文的撰写工作,但是最终还是不了了之。	
价值观的侵犯	(a)导师是一位无神论者,所以当一个学生选择与宗教有关的研究项目时,遭到了她的拒绝。 (b)尽管学生并不认可导师激进的女权主义者观点,但是导师仍然坚持让她采用此观点研究校园强奸课题。	
导师滥用权利	(a)导师辱骂学生,伤害学生的情感,导致学生对研究产生厌恶情绪和自我怀疑心态,想放弃研究。 (b)学生若想得到研究数据,无论他们是否感兴趣,都必须参与研究团队的工作,并且不承认他们的工作业绩(尽管学生的工作也会在发表的论文中出现,但他们的贡献是最小的)。 (c)学生一旦对导师的性骚扰行为采取抵制,导师就会取消学生合作出版成果的资格。	
剥削性指导	(a)导师要求学生担任所授课程的助教,学生因害怕报复而不得不从命。 (b)导师为完成自己的研究项目,经常占用学生的时间,并执意占用学生的上课时间。	
双重关系	(a)导师和学生有恋爱关系,一旦这种关系恶化或破裂,导师会在论文写作和签名文件上为难学生。 (b)导师给予和自己保持性关系的学生研究助手的身份和作者的权利。	
鼓励欺骗	(a)导师鼓励学生歪曲那些不支持他研究偏好的数据。 (b)导师让学生充当自己的研究助手,其工作是进行家庭调查。如果所调查的家庭没有人在,导师就诱导学生编造数据。	
作者名誉权争议		
1. 剽窃	(a)导师让学生帮他撰写了著作中的部分内容,但学生的劳动未得到认可。 (b)导师出版的著作,包含了学生的观点,但是却没有反映出来。 (c)学生承担了书评的撰写工作,但是导师在出版书评时却单独署名。	

续表

类　别	批判性事件	适用于美国心理学会的伦理准则
2. 未能反映出所期望的劳动成果	(a)导师和学生合作完成了一项研究，然而导师在学生不知情的情况下，将成果提交到学术会议上作报告。	
	(b)导师将研究报告提交给出版机构，尽管学生做了大量的工作，但在署名上未将学生列为合著人。	
	(c)第一作者在没有告知第二、第三作者的情况下，在备注中删除了第三作者。第二、第三作者等成果发表后才知晓此事。	
3. 未能反映出实效的劳动成果	(a)我观察到导师尽管给予了学生参与写作的作者权益，但是这种权益没有体现在作者栏中。	
	(b)学生在进行某项研究时，基本上是求教于其他教师，而不是受益于导师的指导和支持。然而，在此情况中，对学生来说，稍好一点的结果是，导师要求学生把自己作为文章的第二作者(尽管学生不服，但还是会接受的)。	
	(c)尽管导师和学生是科研成果的一对一的合著者，但在出版校样中，导师却把自己的配偶增列为第三作者。	

作者名誉权的争议　最后，作者名誉权也是一个重要的、经常引起争议的问题：谁应该是第一作者？作者署名应该如何排序？这正是对作者名誉权持不同观点的人争论的焦点，此类事件曝光频率很高。然而，如何从伦理准则的角度出发对这个问题进行分析，目前仍然是一件困难的事情。

作者的名誉权问题大致可划分为三个范畴：(1)导师剥削学生问题；(2)导师伤害学生问题；(3)导师诚实问题。然而，前两个范畴的差别在于：范畴(1)涉及的是剽窃行为，而被剽窃的人要么不知道自己的成果遭到了剽窃，要么就默认了剽窃行为；而范畴(2)涉及的情况则是导师没有给与成果拥有者理应得到的作者名誉。

关于“作者是谁”的问题是最容易引起争议的问题。如果承认这些争议，就等于导师在事实上已经承认了此文中所涉及的主题或假设并非来源于自己。然而，如果将争议的焦点建立在论文定义的基础上，则会有一个比较满意的结论。如果论文在定义上属于独立研究类，那么在此研究中，学生应独立提出问题，设计程序，收集数据，相对独立地进行数据分析，在这些条件都满足的情况下，学生理所应当成为论文的作者。教师理应认可这是该篇论文的形成过程。

但在研究实践中，只有很少的学生论文能够符合这样的独立性标准。因为学生从论文命题开始，就必须对不同水平的知识进行准备，因此，在项目执行的过程中，导师就必须参与实质性的指导工作。当然，学生若经常参加一些大型的研究项目，也会从中获得真正的益处。

对于导师在学生论文中处于怎样的地位，抑或能否被视为作者的争议，很可能是由如下事实引发的，即心理学领域尚没有对学生的研究准备提供统一的指导原则。下面，我们将以学生在训练研究中的实际操作个案为例，来说明上述情况。在一项训练研究中，学生参加了一系列的实践和实习活动；这些连续的训练研究项目

也符合美国心理学会所制定的研究原则。然而学生在训练研究中,甚至在经历拥护科学家—实践者的模型训练时,也没有可遵循的统一标准。对于一部分学生来说,撰写论文类似于研究中的实习,而对于另一些学生来说,则可能是他们的第一次实践。也就是说,有些学生在开始撰写论文之前已经拥有了大量的研究经历,而对于大部分学生来说,论文仅仅是他们的第一次研究实践。因此,对于后者而言,导师不可避免地要在此研究论文中起主导作用,从而获得最终的著作权。

作者不确定的另一个原因与作者名誉权有关,现在,作者名誉权已经被普遍视为是一种"购买"资源的支付性"货币"。导师常常把次要作者的身份看作是对研究有贡献的人的一种报酬。对研究项目有贡献的行为,包括查寻文献资料、提供数据库使用权等。但是以作者名誉权作为支付手段,则会在获得金钱报酬的学生中引发一系列的争议问题。许多批判性事件的结果表明,在这些争议事件中,突出的问题是参与者仅得到金钱回报是否足够。换句话来说,我们能否将既得到了酬金,又获得了次要作者名誉权看作是双重收费?(当然,这不包括导师因自己所做的贡献,既得到了酬金又获得了作者权的情况)。由于上述问题缺乏清晰的标准,因此,在项目研究开始前,向所有的成员解释报酬标准可能是处理该问题的良好方法。

与前两个可能涉及"剽窃"范畴的问题相比,第三个范畴涉及的是名誉报酬的保障问题。导师的初衷越积极,矛盾也会越突出。例如:如果导师为了帮助学生扩展职业生涯的发展空间,而把他们列为合著者,那么导师通过此方式确实维护了利他原则。如果学生因对研究做出了巨大贡献而成为合著者,但若一些没有做出贡献的人也变成了合著者,那么贡献者的受益程度就会降低(在一般的情况下,作者的人数越多,则每个人占有的贡献率将越少)。这就涉及了公平性原则和无危害性原则……

参考文献

Goodyear, R. K., & Sinnett, E. R. (1984). Current and emerging ethical issues of counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, *12*, 87-93.

Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation, and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, *12*, 43-45.

Magoon, T. M., & Holland, J. L. (1984). Research training and supervision In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 682-715). New York: Wiley.

Tabachnick, B. G., Keith-Spiegel, P., & Pope, K. S. (1991). Ethics of teaching: Beliefs and behaviors of psychologists as educators. *American Psychologist*, 46, 506-515.

评论:

虽然美国心理学会伦理委员会在作者名誉权问题上收到的投诉不多(参看这一单元的第1章),但是,对604名心理学会成员以及学生进行的调查还是表明,有超过27%的教师认为,自己在与非终身教职的导师合作时,曾经存在过不符合伦理准则或不公平的作者关系,与终身教职的导师和男性导师相比,女性导师遭遇此类情况的可能性更高。然而,对学生所做的调查却未能获得有效的数据,因为只有4%的学生被试作答。此调查结果详见桑德勒和拉塞尔(Sandler & Russell, 2005)教师与学生的合作:作者名誉权的伦理问题和满

意度(Ethics & Behavior,15,65-80)。

若需进一步了解教师与学生合作著书的著作权问题,请参见 Nguyen T.,& Nguyen T. D.(2006). Authorship ethics:Issues and suggested guidelines for the helping professions. *Counseling and Values*,50,208-216。特别推荐 Costa,M.,M.,& Gatz,M.(1992). Determination of authorship credit in publishing dissertations. *Psychology Science*,3,354-357。在此文中,科斯塔和加茨(Costa & Gatz)向7个不同地区心理学系的博士研究生和教师派发了一些问卷。结果发现,教师倾向于给发表此论文的学生更高的成绩,但是作为回报,学生也将评价该论文的教师列为该文的第二作者。这类情况与实际预期的情况刚好相反,学生对教师的慷慨程度明显高于教师对自己的慷慨程度。资深教师给毕业生的分数,明显高于低职位教师给毕业生的分数。法恩和库德克(Fine & Kurdek,1993)研究了教师与学生合作著书的作者名誉权和作者顺序问题(American Psychologist,48,1147-1148)。该文的研究范围是教育领域,内容包括了4个根据实际情况提出的作者名誉权的假设案例,并提出了导师的伦理准则,以及对一些规则的建议,然后他们用这些准则和建议对这4个案例进行分析。读者或许不同意这些分析结果,但是这些案例可以帮助我们做出决策。若想进一步了解其他研究者对法恩和库德克(Fine & Kurdek)文章的评论,请参阅(American Psychologist,1994,49,1094-1096)的评论部分。在研究方面,涉及与作者名誉权中性别差异的案例,请参阅罗斯和费希尔(Ross & Fisher,1998)。作者问题是否会影响学生对不符合伦理准则行为的理解和判断能力,参见(Ethics & Behavior),8,59-79。

美国心理学会(2001)伦理准则第15版中,刊登了作者名誉权的指导原则,在2002年伦理准则中,又增加了出版成果作者名誉权分配的可行性指导准则。包括8.10(实验结果的报告),8.11(剽窃),8.13(出版数据副本)和8.14(实验数据的分享)。但目前还欠缺同行对这些伦理准则的讨论。

如果需要进一步了解相关讨论信息,可参看:Rogers,R.(1992). Investigating psychology's taboo:The ethics of editing. Ethics & Behavior,2,253-261。如果要进一步了解学术诚信和欺骗问题,请参阅施皮格尔和惠特里(Eds.)(Spiegel & Whitly,2001)的研究,学术的谎言[特殊问题:(Ethics & Behavior),11]。

在学术环境中,研究指导、报告、出版的每一个环节都可能会产生伦理问题,然而,学者们在关注导师与学生之间多重关系的同时,却很少关注大学中可能出现的另外一些伦理难题。只有少量的文章披露过教师在督导和指导学生过程中存在的伦理问题。正如约翰逊和纳尔逊(Johnson & Nelson)所解释的那样:

> 尽管在导师对学生的指导方面,还没有特殊的伦理准则草案出台[但可参考2002年伦理准则的7.06和7.07的标准],然而合理的开始需要一些必要的原则……身为导师的心理学家应该考虑以下原则:(a)自主性原则(我怎样才能以成熟性和独立性的观点强调有关知识?);(b)无伤害性原则(我如何避免对学生造成有意无意的伤害?);(c)有益性原则(我怎么样才能使学生受益,为他们的成长提供支持?);(d)公正性原则(我怎样才能确保对不同种族、年龄、性别的学生一视同仁);(e)忠诚性

原则(我如何履行承诺并对学生保持忠诚的态度?)。(P.195)

Johnson, W. B., & Nelson, N. (1999). Mentor-protégé relationships in graduate training: Some ethical concerns. *Ethics & Behavior*, 9, 189-210.

也参见:

Barnett, J. E., & Carter, J. A. (Eds.) (2007). Clinical supervision issue in professional psychology [Specialsection]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 221-275.

Bernard, J., & Goodyear, R. (1992). *Fundamentals of clinical supervisors.* Boston: Allyn & Bacon.

Russell, R., & Petrie, I. (1994). Issuse in training effective supervisions. *Applied and preventive Psychology*, 3, 27-42.

Sullivan, L., & Ogloff, J. (1998). Appropriate supervision-gruate-student relationship. *Ethic & Behavior*, 8, 229-248.

Vacha-Haase, T., Davenport, D. S., & Kerewsky, S. D. (2004). Problematic students: Gatekeeping practices of academic professional psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 115-122.

Vasquez, M. (1992). Psychologist as clinical supervisior. *Promoting ethical practice*, 23, 196-202.

尽管这些文章关注的重点是导师的行为,但是近来也有一些文章开始关注学生的不符合伦理准则的行为。详见: Worthington, R. L., Tan, J. A., &. Poulin, K. (2002). Ethically questionable behaviors among supervisees: An exploratory investigation. *Ethics & Behavior*, 12, 323-351。那么,在参与培训的人员中,根据美国心理学会的伦理准则,你认为什么样的行为才会被视为最恶意的冒犯行为呢?

黑色、白色与灰色阴影：为具备伦理要求的教师画像[1]

12

◎ 马里·伯奇,德尼·埃利奥特和马里·A.特兰克
(Mary Birth, Deni Elliott, and Mary A. Trankel)

蒙塔纳大学伦理调查研究目的

……

探讨同院校不同学科教师对伦理行为标准的一致性看法。此文以列出的伦理行为为基本素材,调查教师的一致性看法,并在此基础上,为符合职业伦理要求的教师画了一幅肖像。

……

研究方法

1997年春季,我们以蒙塔纳(Montana)大学336名长聘全职教师作为被试,向他们发放了调查问卷(样本容量=336)。在此项调查中,要求被试对问卷中的64种伦理行为项目进行评估。计分方式采用5级计分法,等级计分顺序为1分(对不符合伦理要求的行为非常同意)到5分(对符合伦理要求的行为非常同意)。最后一个项目的问题是,"你对教师的伦理行为还有其他评论吗?"调查还要求被试表明性别,并说明是否正在从事与伦理有关的课程教学。

研究的局限性

我们必须对调查结果进行仔细的审查,因为调查问卷所列出的伦理行为项目缺乏具体情境,这是被试最担心的问题,也是调查研究的局限性。一些被试认为,某些行为在特定的情境中被认可是符合伦理要求的行为,但在其他的情境中却被认为是不符合伦理要求的行为……

---

〔1〕 注:援引自伦理与行为,9,243-261。网站查询地址:Http://www.informword.com. Copyright 1999 by Taylor & Francis 本资料的使用已获得出版机构社的许可。

结　论

在本调查中，被试人数为336名，回收问卷154份（回收率为46%），其中147份问卷为有效问卷。

为了对符合伦理要求的教师进行讨论，我们把计分表中的两项评分归结为一类，即："对不符合伦理要求的行为非常同意"和"对不符合伦理要求的行为不太同意"这两项合并为一类，以此讨论什么样的行为和观点被视为不符合伦理要求的行为。以此类推，也将"对符合伦理要求的行为非常同意"和"对符合伦理要求的行为基本同意"这两项合并为一类，以此讨论什么样的行为才被视为是符合伦理要求的行为。计分为"3"分。缺失的评估项目，归为不确定类别之中。这样，具有高百分比的两种极端反应类型，就构成了我们这幅"肖像"的黑色和白色领域。而在任何一端都没有出现高赞同率的行为，或者是在不确定类别中占高百分比的行为，则构成了所谓的的灰色区域。灰色区域中包含的行为可能是符合伦理要求的，也可能是不符合伦理要求的，依据情境的特殊性而判断。灰色区域中包含的行为可能是令人反感的、甚至厌恶的行为，但又不属于"超出伦理准则"的行为。表1列出了64种符合伦理要求的行为分别在5个级别评估中所占的百分比。根据项目被认可为不符合伦理要求的行为的百分比高低，依次从高到低进行排序（即，将等级评估为1和2进行合并，而其他选项一律合并为"不确定"'类别之中，相应的百分比列在表1的最后一列）。

表1第1列表示每一种行为的属性。调查中有16个项目（类别标志为"G"）用于调查教师对"分数评定"和"考试行为"所持的观点。

表1　教师对每种伦理行为项目的应答百分比

类别	项　目	均值	不符合	1	2	3	4	5	不确定
G	给强烈反对你观点的学生打低分	1.12	98.6	88.4	10.2	0	0.7	0	0.7
G*	忽略作弊的证据	1.21	98.0	79.6	18.4	1.4	0	0	2.1
S*	告诉学生"你对我有性吸引力"	1.12	98.0	87.8	10.2	0.7	0	0	2.1
S*	与班里的一个学生发生性关系	1.14	97.9	89.1	8.8	0.7	1.4	0	0.7
G*	给学生打高分以避免学生对自己有负面的评价	1.27	96.6	76.2	20.4	2.0	0.7	0	2.7
T*	在饮酒或服食消遣性药物的影响下进行教学	1.18	95.9	82.3	13.6	0.7	0	0.7	3.4
S	在出版研究成果时，未承认学生所付出的劳动	1.24	95.3	76.2	19.1	0.7	0	0.7	4.1
T*	向学生传授"某些人种智力低下"的观点	1.17	93.8	85.0	8.8	2.0	1.4	0	4.7
G	降低对体育生的课程要求	1.37	93.2	66.7	26.5	2.7	1.4	0	5.4
S*	轻视班级对学生的评价	1.48	89.1	60.5	28.6	5.4	1.4	0.7	8.8
G*	用对学生的喜爱程度来影响你对他们的评价	1.61	88.4	51.0	37.4	4.8	2.0	1.4	8.2
G	对少数学生降低课程要求	1.65	83.7	48.3	35.4	9.5	2.7	0	13.6
G	采用放任原则获取学生对你的喜欢（例如，允许迟交论文或讨论缺席）	1.66	83.0	49.0	34.0	10.2	0	0.7	14.3

续表

类别	项目	均值	不符合	1	2	3	4	5	不确定
S*	将学生告诉你的私密信息告诉你的同事	1.54	82.3	60.5	21.8	10.2	2.0	0.7	15.0
M	将学校的仪器设备用于私人用途	1.82	81.7	45.6	36.1	7.5	6.1	2.7	9.5
G	对需要承担大量工作及家务的学生降低课程要求	1.71	81.0	44.9	36.1	14.3	1.4	0	17.7
G	在学生的论文或考试中不给予否定的评语或给出无法反映其真实表现的评语	1.85	81.0	35.4	45.6	12.9	4.1	0	14.9
G	没有根据教学大纲的标准评定成绩	1.93	78.2	33.3	44.9	11.6	5.4	1.4	15.0
T	不能与专业学科领域的最新发展保持同步	1.89	78.2	34.0	44.2	11.6	4.8	0.7	16.4
U*	忽视同事不符合伦理要求的行为	1.88	76.8	33.3	43.5	13.6	2.0	1.4	19.7
G	未能为有学习障碍的学生提供可选择的教学程序和考试程序	1.90	74.1	36.7	37.4	17.7	4.8	0	21.1
S*	在教师例会上奚落学生	1.89	72.8	40.1	32.7	12.9	7.5	0.7	19.0
U	不向有种族主义、男权主义或对某一特殊人种歧视观点的学生、同事提出争议	2.16	67.3	23.1	44.2	19.7	6.1	2.0	24.5
T*	不介绍与你所持观点相悖的不同看法	2.15	66.0	23.1	42.9	19.0	8.2	0.7	25.1
T*	批评个人爱好之外的所有理论观点	2.18	63.9	34.0	29.9	14.3	10.2	5.4	20.4
T	不能保持常规的和固定的办公时间	2.27	63.2	19.0	44.2	20.4	10.2	1.4	25.2
S	利用导师身份引导学生支持你感兴趣的观点	2.14	63.2	29.9	33.3	23.1	6.1	2.7	27.9
S*	尽管学生对其他导师的伦理行为存在抱怨情绪,同时你也认为这种抱怨情绪是合理的,但却不愿意帮助学生向有关部门报告	2.22	61.9	26.5	35.4	27.2	3.4	4.8	29.9
T	在课堂上宣讲伦理,但在个人生活中却存在不符合伦理要求的行为	2.12	61.2	38.8	22.4	22.4	10.9	2.0	25.8
S*	在为问题学生或同事写介绍信时,避免提及负面的内容	2.35	58.5	17.0	41.5	27.2	9.5	1.4	30.6
T	对教学大纲或教学进度表中所涉及的教材或内容做大幅度的修改	2.40	57.1	17.0	40.1	22.4	10.9	3.4	28.5
T*	对当天的授课内容没有做充分准备	2.46	56.5	17.0	39.5	24.5	11.6	4.8	27.2
G	将已经评定了成绩的论文或试卷放在办公室以外的公共场合	2.46	56.4	26.5	29.9	20.4	8.2	11.6	23.8
TS*	教学环境不适合有学习障碍的人	2.30	55.8	23.1	32.7	23.7	9.5	2.7	31.9
G	给予努力学习但是却无法通过考试的学生及格的成绩	2.31	54.55	25.2	29.3	27.2	12.9	0.7	32.0
S	和学生讨论你的个人问题	2.36	53.0	19.0	34.0	33.3	4.8	3.4	38.7
U	逃避系里或是学院委员会的相关责任	2.55	51.0	19.0	32.0	24.5	13.6	6.8	28.6
G	将没有评语的试卷返还给学生	2.59	49.0	14.3	34.7	25.9	16.3	4.1	30.7
M	把自己的研究兴趣置于学生的教育体验之上	2.66	47.0	14.3	32.7	22.4	19.7	4.8	28.5
M*	把不需要的辅助教材卖给二手书店	2.70	46.9	19.7	27.2	25.2	14.3	11.6	27.2
S*	当不允许学生退选或是停修课程时,允许他们这么做	2.54	45.6	14.3	31.3	34.0	13.6	1.4	39.4
U	不能与全体教师、学生、社团成员保持合作氛围	2.67	44.9	10.2	34.7	32.0	10.2	6.8	38.1

续表

类别	项　目	均值	不符合	1	2	3	4	5	不确定
G*	无视学生的实际表现水平，严格按照正态分布曲线评分	2.70	42.9	13.6	29.3	30.6	12.9	7.5	36.7
U	不愿意参与到系里或是学院政策问题上与你有不同意见的讨论中	2.68	41.5	16.3	25.2	33.3	12.2	7.5	38.7
S*	在课程完成和确定了的评定等级后与学生发生性关系	2.66	41.4	22.4	19.0	30.6	15.0	8.2	35.4
M*	使用学校的资源创作"受欢迎"的畅销书	2.69	40.1	20.4	19.7	26.5	19.7	6.1	34.0
M*	只给学生助手成绩和学分，而不付薪酬	2.81	36.7	15.6	21.1	31.3	18.4	8.2	36.7
TS*	在拥挤的教室进行教学，从而削弱了教学效果	2.77	36.1	11.6	24.5	36.7	15.0	5.4	43.5
U	既不支持学院规定的教学任务，也不服从该教学任务实施教学	2.74	33.3	8.8	24.5	38.8	15.0	2.0	49.7
U	没有公开发表对大学政策或管理程序方面的不满	3.04	29.2	5.4	23.8	39.5	13.6	12.2	44.9
S	在课后和学生一起去酒吧	3.09	27.2	12.9	14.3	28.6	27.2	10.9	34.7
T*	向学生传授你未掌握的知识	3.15	27.2	8.2	19.0	27.9	27.2	10.9	34.7
S*	向学生销售私人物品，例如汽车、保险或书籍	3.19	24.4	8.8	15.6	30.6	29.9	10.9	34.7
S*	拥抱学生	3.14	24.4	8.8	15.6	36.1	23.8	11.6	40.2
G	使用上学期已使用过的考卷	3.30	23.8	5.4	18.4	28.6	25.9	15.6	34.7
T*	使用上学期未经更新的讲稿	3.41	19.7	5.4	14.3	25.9	28.6	17.0	34.7
TS*	在单一的教育环境中实施教学：教师团队缺乏种族、民族、性别的差异	3.59	17.6	2.0	15.6	27.9	19.0	27.2	36.1
S	与学生形成长久的友谊关系	3.64	15.6	2.0	13.6	23.8	33.3	22.4	28.6
T*	教导学生同性恋是一种个人的生活方式	3.84	12.9	7.5	5.4	19.0	26.5	37.4	23.1
S	雇佣学生为你工作，例如，照看婴儿，粉刷房子，打印材料	3.74	10.9	6.1	4.8	24.5	31.3	27.9	29.9
S*	接受学生的聚会邀请	3.70	10.2	4.1	6.1	26.5	36.7	22.4	30.6
M	鼓励学生放弃无法保证质量或没有资金支持的项目	3.67	9.5	2.0	7.5	32.0	30.6	21.8	38.1
M	任学校全职教师，却收受演讲费和咨询费	3.98	8.2	3.4	4.8	17.0	35.4	34.7	21.8
T*	鼓励学生建立相互间的竞争关系	3.84	8.2	1.4	6.8	25.2	33.1	27.9	30.6

备注：样本量 = 147。项目排列方式为：根据被评定为不符合伦理要求的行为的百分比，将项目从高到低排序。不符合伦理要求的行为的百分比等于答案 1 和答案 2 百分比的总和；不确定的百分比等于答案 3 和缺失值百分比的总和；1 = 对不符合伦理要求的行为非常同意；2 = 对不符合伦理要求的行为基本同意；3 = 不确定；4 = 对符合伦理要求的行为基本同意；5 = 对符合伦理要求的行为非常同意。* 为 1991 年研究项目；G 为评分和考试（Grading and Testing）项目；S 为学生与教师关系（Student—Faculty Relationship）项目；T 为教学活动行为（Teaching Activity）项目；M 为其他（Miscellaneous）项目；U 为大学承担责任（University Responsibility）项目；TS 为教学环境（Teaching Settings）项目。

（译者注：表 1 中 2、6、7、8 列中的数据相加应该等于 100%，但表 1 中这几列数据相加并非都等于 100%，有 99.8%、99.9%，也有 100.1%，疑似在处理数据过程中，四舍五入产生的误差。）

在 18 个与教学活动行为有关的项目中，所属类别标志为"T"。类别"TS"（教学环境）独立于"T"（教学活动行为），因为"TS"类项目与"T"类项目的回答没有相关

关系。64个项目中,共有18个项目评估学生和教师的关系,它们组成类别"S"。其他与课堂教学没有直接关系的活动(包括同事间互动,大学整体功能的责任)一共有8个项目,所属的类别为"U"。最后,无法归类的项目用"M"表示。

教师符合伦理要求的行为描述

在对符合伦理要求的教师进行行为描述时,我们发现,有9个项目被选为不符合伦理要求的行为(即对不符合伦理要求的行为非常同意和对不符合伦理要求的行为基本同意),其赞同率高达90%以上。有8个项目被选为不符合伦理要求的行为,其赞同率高达80%以上。然而,教师对不符合伦理要求的行为的认可程度与评定等级、教学应具备的公平性、公正性的要求相关。同时,教师与学生有清晰的性关系界限也很重要。符合伦理行为要求的教师不会做出以下任何一种行为:不会用打低分的方式惩罚那些与自己观点持相悖意见的学生;忽视欺骗和作弊行为证据,为了避免学生的负面评价而给学生打高分,或者放松教学规则赢得学生的支持。反之,符合伦理行为要求的教师不会对体育生、特殊学生(残疾、不同民族等)、随意降低学业要求,也不会对那些有诸多活动或有家庭负担的学生随意降低学业要求。对学生进行等级评定时,教师应该持有客观的态度,不能因为学生的喜爱程度而影响评定结果。

此外,当学生表现欠佳时,教师应当在评价学生论文、考试答卷时明确给予否定的真实评价。当学生在教学、科研、发表成果上作出贡献时,符合伦理行为要求的教师必须承认学生的贡献。此类教师应当持有尊重学生的观点,并且为学生的隐私保密。符合伦理行为要求的教师不会在醉酒或服用非治疗性药物的状态下实施教学,导致教学质量下降;或是向学生呈现带有种族歧视的教学材料。教师的伦理行为,也体现在只有在教学活动中,才使用学校的仪器设备。

符合伦理行为要求的教师会与学生保持清晰的性关系界限:不会与学生发生性关系,或是告诉学生自己具有性吸引力。尽管对于授课班级中,师生的性伦理界限相对明晰,但是当学生不再是该教师班上的学生时,性伦理界限就会变得模糊不清了。

在对上述教员伦理行为特点的评估中,有4/5的教师表示非常同意。另外,至少有2/3的教师认为6种传统行为属于不符合伦理要求的行为。在其他被归类为"灰色区域"的伦理行为中,被试期望符合伦理行为要求的教师能做到以下几点:(1)遵照教学大纲的标准对学生的成绩进行等级评定;(2)为有学习障碍的学生提供可选择的教学和考试方式;(3)在他或她的专业领域里能与最新的研究和科学发现与时俱进;(4)出于对学生的尊重,当在只有教师参与的讨论中也不要奚落学生。此外,以下两个和教学人员有关的行为也落入了此灰色区域,它们分别是:(1)符合伦理行为要求的教师不会忽视同事不当的伦理行为;(2)会勇于挑战同事或学生提出的不敬评价。

结　论

本调查表明,保证课程要求和评价等级的公平性和公正性,对维护正确的伦理

观十分重要。同时,具有伦理的教师不会与学生发生性行为,这是一个非常清晰、明确和毋庸置疑的界限。

然而,相比之下,教师在其他领域的伦理行为准则还缺乏清晰性。例如,可否与学生发展非性关系问题,就存在着许多不同意见,衡量标准具有不确定性。与学生建立双重关系(比如发展友谊关系)也缺乏清晰的伦理准则。正如教师与学生发展友谊关系可能违反伦理准则一样,原因在于,教师应该遵循的对所有学生均保持公平公正的伦理准则。

大学团体理应承担的伦理责任也是一个具有不确定性特征的领域。然而,与不承担伦理课程教学的教师相比,承担伦理课程的教师更有可能把自己的行为视为履行伦理责任的一部分。这些教师更愿意参加持反对观点的讨论;愿意公开评论大学的政策;愿意和大学团体的成员保持合作;愿意加入委员会并履行职责,这些行为均被符合伦理行为要求的教师视为自己的伦理责任。

……综上所述,此调查揭示,仍有两个领域需要作进一步的研究:

一是定义教师与学生课外关系的伦理期望准则,二是定义指导教师团队和大学团体合作的伦理期望准则。此外,本研究没有涉及一些将来会产生问题的新领域——例如,电子远程教学,聘用兼职教师,以及在不同的教育理念之下,组成学生和教师的多样化研究团队。显而易见,上述领域也明显存在着伦理界限的不确定性,而这种不确定性将会引发潜在的学术伦理行为和价值观之间的冲突。事实上,是有一些教师拒绝填写调查问卷,原因在于他们担心会引发伦理行为争议。他们在最后一题所写的评论表明,教师有权自我决定个人的伦理行为准则,正如他们可以自主设计授课内容和教学方式一样。然而,我们坚持认为,阐明学术的伦理责任,加强对学术伦理认识,对保持教育机构的高度廉正,赢得公众支持是不可缺少的环节。因此,我们应该继续讨论这些问题,并进行更深入研究。

参考文献

Keith-Spiegel, P. , Tabachnick, G. , & Allen, M. (1993). Ethics in academia: Students' Views of professors' actions. *Ethics & Behavior*, *3*,149-162.

Tabachnick, B. , Keith-Spiegel, P. , & Pope, K. (1991). Ethics of teaching, beliefs and behaviors of psychologists as educators. *American Psychologist*, *46*,506-515.

评论:

若要了解在心理学博士研究项目中,如何对毕业生助教进行评估的相关研究,请参阅 Branstetter, S. , & Handelsman, M. (2000). Graduate teaching assistants: Ethical training, beliefs, and practices. *Ethics & Behavior*,10,27-50。

司法环境

第九单元

美国的法律制度非常复杂。使其变得复杂的原因之一是存在两套并行的法庭系统：一个国家联邦法庭和51个独立的州法庭（包括哥伦比亚地区）。此外，每一个法庭系统中都包括一个刑事司法系统和一个民事司法系统。州立法庭同时还包含一个混合的刑事—民事系统，处理涉及青少年的案件。司法心理学家被要求为这些系统或其中的部门提供一些有用的专业信息，以期这些信息能够帮助法官和陪审团在有关人类行为的问题上做出更有依据的决策。

奥托和海尔布伦曾指出，心理学家长期以来就在为监狱和青少年感化中心等司法环境提供治疗服务（Otto & Heilbrun，2002）。司法心理学较新的观点则更加注重对司法诉讼程序进行直接的干预："司法心理学家比任何心理学家，如那些擅长于进行或交流心理学研究和评估信息的实验心理学家或临床心理学家，更加希望将心理学应用于司法问题"（Grisso，1987，p. 831；又见司法心理学家伦理指导委员会，1991）。然而，更多的司法心理学家则致力于司法心理学评估，按照法官或律师的要求进行评估（Otto & Heilbrun，2002），而不是做研究。

例如，在刑事司法系统中，司法心理学家的传统角色可能包括对刑事被告人进行评估，从而达到以下目的：(1)确定他们是否有受审能力；(2)确定他们犯罪时的精神状态；(3)帮助法官或陪审团做出适当的判决，包括在死刑案件中，决定被告是否应该被判处死刑。在民事司法系统中，对于那些政府希望强制治疗（involuntarily hospitalize，或称民事拘禁，在民事诉讼中对精神病人、无行为能力的人、酗酒或吸毒者实行的监管或拘禁，不同于刑事诉讼中作为刑罚的监禁，也指对未能执行法院的偿债命令者适用的拘禁——译者注）的个体，司法心理学家可能就其实施暴力行为的心智能力和倾向性作证，并为适当的入院治疗提供建议。在青少年司法系统中，司法心理学家可能在评估之后，提供一些关于未成年人是应该在青少年法庭还是在成人法庭接受审问的建议（如，一个未成年人被指控涉入严重犯罪，尤其是暴力犯罪中）。更进一步，一位更加资深的心理学家可能会与诉讼当事人共同协商法律策略、陪审团的选择，或者审判前案件的公开对陪审团客观性的影响。

如同其他的职责一样，这些职责中的很大一部分都是由那些将自己看作是司法专家（forensic specialists）的心理学家完成的。他们可能隶属于美国心理学会的第41分会（美国心理学—法律协会），或者可能由美国司法心理学委员会授予证书——以表明其满足相应的教育、经验和评估的标准，可以视其具有司法的专业知识（Otto and Heilbrun，2002）。他们通常都受雇于州属机构，但也可以在社区心理健康中心或者独立开业的诊所中见到他们（Grisso，1987）。这些心理学家，主要是临

床医生,他们花费大量的时间在法庭上,是证人席上的常客。

然而,如果认为只有这些将自己看作为司法心理健康专家(forensic mental health professionals)的心理学家会涉入法律,这样的观点就是错误的。每一位心理学家——不管是临床医生、科学家或是学者——都可能成为专家证人(奥托和海尔布伦称其为"偶然的专家(accidental experts)"[p. 15]),每个人都应该做好与司法系统接触的准备。例如,那些接待过儿童或家庭成员的临床医生可能会被要求在离婚、儿童监护或虐待的诉讼中作证。某位临床医学家,他的来访者发生了一次严重的交通事故,并且声称因为事故受到了损伤,这位临床医学家就可能被原告或被告要求为其来访者提供事故之前的精神或情绪状态的证明。某位神经心理学家可能会被要求为一位老年来访者是否具有遗嘱能力提供意见,或者对在工业事故中受伤的工人脑损伤的程度做出判断。设计了一项可以筛查无能力员工的雇佣前筛选测验的工业心理学家,可能会被要求解释这项工具是如何建立和生效的。在青少年团伙暴力或其他社会敏感问题方面有所建树的学者,可能会被法官要求公开其研究中的部分或全部参与者的其他保密资料。同样,一位专攻于知觉领域的研究者可能会应犯罪事件中被告的要求,去告知陪审员目击证人在辨认过程中出现的妄想。总之,不管是致力于哪方面研究的心理学家们,都可能会就某项未决的法规向立法或管制机构提供建议,或者游说他们采取更加适当的措施。

心理学家在这些情境中的角色受到伦理道德的指导。虽然律师有义务通过积极、激烈的辩护在其委托人的诉讼案件中胜诉,然而那些进入神圣的法律殿堂中的心理学家的行为却受到与之不同的伦理规则的指导。本章检验了司法心理学家所面对的三个主要问题的伦理维度:(1)专家证人应该是一名辩护者还是一名客观公正的教师?(2)应在何时应法庭的委托呈现心理学服务,谁才是心理学家最终的委托人?(3)有没有哪些司法职责,具有伦理感的心理学家应该拒绝履行?

最后,对2002年版的伦理法和司法心理学进行说明。1992年版的伦理法包含一个专门关于司法活动的独立的部分(第七部分)。2002年版虽然也包含了教育和培训、研究、评估以及治疗的独立的章节,但是已经不再包含有关司法活动的部分。如同本克(Behnke,2004)所述,这支专责小组决定广泛地建立它的道德标准。因此,"遵循这个原则,这个专责小组并没有把关于司法活动的独立章节收入到修订版的法典当中"(p. 84)。然而,1992年版法典第七部分的条款却分散于2002年版当中。我将2002年版伦理法中的与司法心理学相关的条款挑选出来,如下:1.05,2.01e,2.04,3.05a和c,3.07,3.10c,4.05b,5.01a,9.01,9.02-9.04,9.10,9.11,10.02b。

参考文献

Behnke, S. (2004, May). Forensic matters and the new APA Ethics Code. *Monitor on Psychology*, *35*, 84-85.

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Grisso, T. (1987). The economic and scientific future of forensic psychological assessment. *American Psychologist*, *42*, 831-839.

Otto, R., & Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology: A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, *57*, 5-18.

先使用后证明,还是先证明后使用?——关于心理健康专家涉入法庭的伦理学思考[1]



⊙ 戴维·福斯特(David Faust)

……

很明显,心理学与法律的交界面涉及两个系统或机构,然而,在这两者之中,心理与法律二者并不平等。在法律领域,心理学包含在法律之中。并不是法官进入临床医生的办公室,躺在睡椅上接受治疗,而是心理学家进入到法官引以为誉的主场。法律制度不仅决定了心理学家是否可以参与诉讼,而且决定了这种参与何时发生,发生时所要遵循的规则和程序等。

然而,法庭的权威却并不完善。最重要的是,潜在的心理学家——专家通常并不是被强制参与,而是自愿参加的。例如,尽管法官可能会允许心理学家对将来暴力行为发生的可能性提供证词,但被要求帮助做出决策的心理学家却可以拒绝请求。他可以参与却选择不参与,这是个人或专业(即,内部的)标准的一种表达,同时也减轻或削弱了服从法庭这个外部标准的压力。通常,他们在选择不参与的时候可以避免违反主导权威机构的规则,或者避免导致触犯法律的危险。相反,如果法律需要专业人士作为专家证人提供服务,那么不管其是否希望参与,如果他遵循个人内部准则选择不参与,都会导致直接的法律冲突,并且可能会使其处于被官方制裁的危险中。当然,在这种情况下,他还是可以遵循个人标准,但是这样做却很难,并且正负之间的平衡也可能发生显著的变化。

很明显,对于心理学家来说,法庭标准是种外在的标准,可能会与心理学家自身内在的或专业的标准发生冲突。处于图谱相反两极的是那些总是遵循外在标准的心理学家和那些总是遵循内在标准的心理学家,而处于中间位置的则是各种具有不同可能性的结合……

---

〔1〕 引自 Ethics & Behavior,3,359-380. 可在 http://www.informaworld.com 获取。由 Taylor & Francis 于 1993 年授权,已获得出版者的允许。

评论:

福斯特假设法律和心理学是在两种不同的系统下运作的。这种假设是否合适?尤其是二者对“真理”有着各自的追寻,并且各自对未决领域有着不同的容忍度。考虑到这些差异,一个“基本的观点是心理学家的伦理标准应用于法庭环境可能是冒险的,因为心理学家并没有认识到法律系统的基本原则与心理科学通常是不一致的”(pp. 764-765)。*Anderten, P.*, *Staulcup, V.*, & *Grisso, T.* (1980). On being ethical in legal places. *Professional Psychology*, 11, 764-773.

对专家作证科学公正性的再次呼吁[1]



⊙ 布鲁斯·D.赛尔斯　丹尼尔·W.舒曼(Bruce D. Sales and Daniel W. Shuman)

……

批评家控诉一些提供证词的专家会违反自己科学的公正性,还提出正是法律系统导致了这样的结果……

考虑到专家证词的重要性,以及有能力的律师和科学家的联合,该如何解释我们所看到的专家作证中存在的问题?一个重要的原因是存在于律师目标与科学家/专家的目标之间的内在冲突(Champagne, Shuman, & Whitaker, 1991……)。由于法律系统是一个对抗性的系统,而科学却不是,因而律师的目标和科学家/学者的目标是不同的。律师需要有倾向性的专家去说服事实的探究者(法官或陪审员),这取决于选择最善于表达的、能够让大家理解的、像样的和最有说服力的专家,而不是最好的科学家。即便也有符合这些条件的好的科学家,律师还是有很强的动机去选择对资料的陈述和解释最符合自己意图的那个人。正如尚帕涅等人(Champangne et al. ,1991)在其关于专家任用方面的实证研究中记录的那样:律师似乎需要善于表达的、有倾向性但公正的专家(p. 387)。

另一方面,科学需要科学家只是关注于科学的知识而不受律师目标的影响——无论这种影响是微弱的还是明显的。与之相对的是律师对当前案件做出反应,并对专家施加压力,让专家在证人席上得出坚定的结论,而不管科学问题和科学事业在本质上是尝试性的和反复的,也不管这种科学的信息是否可以利用……

尽管法律已经尝试去解决这些问题中的一些(如,利用证据规则以及对这些规则进行解释的案例),然而它的解决办法并没有平息司法争论,也没有为科学家作为专家证人的窘境提供帮助性的指导……因此,科学家寄托于法律系统来处理困境的希望已经破灭了。可能,并不应该过多地期望法律去关心科学的需要,因为这并不是法律的关注点;法律关注的是双方争议的解决办法。

之前科学家对于这些问题的讨论并没有起到很大的帮助作用……规则或原则分析的涉入可能会提供一个系统的方法,从而产生对如何解决问题的意见和指导。

---

〔1〕 引自 Ethics & Behavior, 3, 223-229. 可在 http://www.informaworld.com 获取。由 Taylor & Francis 于 1993 年授权,已获得著者和出版者的允许。

伦理学支配着所有科学的和专业的行为，就这方面来说，衡量科学家和专业人员以专家身份作证的首要标准，伦理学是最合适的，而事实也确实如此。

……因为心理学家有一个发展良好的伦理系统约束其行为……由心理学家对专家证词做出的伦理学分析会提供很大的帮助……

参考文献

Champagne, A., Shuman, D. W., & Whitaker, E. (1991). The use of expert witnesses in American courts. *Judicature*, *31*, 375-392.

“专家”何时为专家？[1]

3

⊙ 柯克・海尔布伦（Kirk Heilbrun）

问 题

假设你是位刚取得执照、具有博士学位的临床心理学家，你最近开始在一家法庭医院工作，这家法庭医院对那些被法庭判为无受审能力或以精神错乱为由而获无罪的个体进行评估和治疗。作为新的临床工作者职业定位的一部分，你已经获得了一些有关评估受审能力和刑事责任的可使用的法律信息，但未曾有机会进行实际的评估（在他人督导下或在其他情况下）。一位律师请求你为他的顾客进行评估，以下两个问题应作为你个人实践中所需要考虑的一部分：

（1）你是否接受委任？

（2）你如何判定自己已经成为一名“有足够能力的专家”，可以提供这样的评估？

回 答

柯克・海尔布伦（Kirk Heilbrun）的答案：

这些问题可以在两个层面上进行解释：即法律层面和伦理层面……在法律层面，短文中提出的主要问题涉及法律如何界定诉讼程序中提供司法评估或证词的心理健康专业技术。我们首先来了解联邦证据规则对专业技术的定义：在“知识、技能、经验、训练或教育”等方面具有资格的证人，可以以专家的身份作证（第702条规则）。美国律师协会出版的《刑事司法心理健康标准》提供了更加详细的阐述。在第7-3.10项标准中，法庭允许的进行司法评估的资格应当包括：

（1）有足够的专业教育、临床实习和经验，可以确定进行特殊类型评估所需要的临床知识；

（2）通过特殊训练或可接受的替代方式获得足够的司法知识，可以理解相关的法律问题，并可以满足所安排的评估的特殊需要（1989，p.130）。

---

〔1〕 引自 American Psychology—Law Society News，16（3），5-6. 美国心理学会第41分会于1996年授权。

相关的州法令、行政法典,以及判例法可能会提供对于这些标准的更为详细的阐述。

对于伦理指导,读者可以参阅美国心理学会的伦理学原则和行为规范(1992)以及司法心理学家专业指导原则(1991)。伦理学原则指出"心理学家们……认识到特殊作证能力的范围及其自身专业知识的限制,他们只在具备教育、训练或经验资格的领域提供服务"(1992,p. 1599)[1]。专业指导原则也强调了"特殊知识、技能、经验和教育"的重要性(1991,p. 658),专家向法庭呈现"作为专家资格的实际基础(知识、技能、经验、训练和教育),以及其相关方面……处理争论中特殊问题的经验和能力"的职责(1991,p. 658)。最后,专业指导原则指出了司法心理学家"对指导其以专家身份参与法律诉讼的法律的和专业的标准,具备基本的和合理水平的认识和理解"的职责(1991,p. 658)。

这个案例中,对于专业技术的基础,在相关的法律和伦理标准之间有着很高的一致性(对于这种关系的详细讨论,参见 Bersoff,1995;Golding,1990)。那么,这个问题就变成了在本例的背景下,如何对"知识、技能、经验、训练以及教育"下操作性定义。1995 年举办的关于法律和心理学培训的"维拉弗朗会议"讨论出一个有效的框架,一个工作组对司法背景下"有知识的(informed)"、"精通的(proficient)"以及"专业的(specialized)"之间的区别进行了讨论。有知识的临床医生应该充分掌握重要领域的相关法律(如,知情同意、保护职责),从而可以用一种法律上审慎的方式进行实践;这些信息可以通过大学或实习生水平的课程,或者正在进行的临床问题专家(clinical engineer,CE)课程获得。然而,并不能预期这种水平的专业技术对于提供司法评估服务来说是足够的。在别的文章中(Heilbrun,1995),我曾提供了一个包括两部分的测验,用来判断一个特定的临床医生是否有足够的专业技能可以提供这样的评估:(1)临床医生是否对特定人群有着实质性专业技术(substance expertise);(2)这种专业技术是否曾被应用于司法环境(forensic contexts)。如果我们假设一个心理学家至少应该精通于在一个特定领域内提供司法评估服务,那么这个测验就可以被应用于本例中的问题。精通,需要对心理失调的罪犯有着实质性的专业技术,这种专业技术可以通过相关的训练获得,还可以通过对矫正司法人群中存在严重心理失调以及其他精神病理学症状的个体的实践经历而获得。精通,还需要应用这种实质性专业技术于司法环境,尤其是本案例中所需要解决的部分问题中(受审能力和刑事责任)。

我们应如何确定心理学家是否在实际的和应用的司法领域足够"精通",可以合理地接收这样的案例?第一步,我们应该询问心理学家是否接受过应对心理失调罪犯的临床工作的教学训练和督导经验。第二步(更可能被忽视的部分),我们可能会询问心理学家是否了解与司法环境有关的法律、伦理以及行为科学研究。我们也可能会注意确定心理学家在实习课、实习医师、博士后,或者 CE 培训期间,是否曾获得 5~10 次相似的案例的督导经验。如果可行,是否曾参加过"司法评估人员训练(forensic evaluator training)"(如在维拉弗朗州和佛罗里达州所举办的);如果可行,是否曾被认证为一名司法评估人员(如马萨诸塞州)。

---

[1] 主编说明:见当前(2002)APA 伦理准则中 2.01。

最后,鉴于委任的性质,还有很多的判断能力需要得到训练。特殊种类的案件(复杂或受到高度关注的,很大程度的媒体曝光,或者涉及严重攻击行为)需要精通水平以上的经验和能力。面对涉及这类案件的委任,心理健康专家更适当的做法是,在清楚自己可以恰当地处理这种司法评估表现出的基础和错综复杂的状况之后,才接受委任。

参考文献

American Bar Association. (1989). *Criminal justice mental health standards*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, *47*, 1597-1611.

Bersoff, D. (Ed.) (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Golding, S. (1990). Mental health professionals and the courts: The ethics of expertise. *International Journal of Law and Psychiatry*, *13*, 281-307.

Heilbrun, K. (1995). Child custody evaluation: Critically assessing mental health experts and psychological tests. *Family Law Quarterly*, *29*, 63-78.

评论:

不幸的是,如同下一个摘录中所指出的,海尔布伦所阐述的原则并没有受到尊重。

司法心理学家工作中的胜任力和品质[1]

4

⊙ 伦纳德·J.哈斯(Lenard J. Haas)

……

根据伦理委员会和资格审批委员会接到的一些投诉,对心理学法庭工作的胜任力和品质问题应该给予更多的专业上的注意。对这种质询的需要可以通过一个案例表现出来:

> F博士是一名原本没有司法经验的心理学家,他之前的一位来访者联系到他,要求F为自己写一封证明信以支持其离婚之后可以获得孩子的抚养权。这位心理学家按照母亲的要求,给她的律师写了封信,描述了父亲一贯的冷淡态度,指出孩子在学校表现差是由于父亲的影响,并证明在母亲的抚养下,孩子的智力会更好地发展。这封信是心理学家未曾与来访者的儿子进行面谈的情况下完成的。为这位父亲服务的另一位心理学家评估了所有的当事人。这位心理学家建议由父亲获得抚养权,理由是孩子在之前的12年间与父亲及其后母一起生活。在法庭证词中,F博士极力坚持母亲没有任何精神病理学的症状,她会是一位优秀的家长,而父亲却会给孩子带来消极的影响。但他却并不能为这些结论提供证据。当F博士受到伦理学谴责的时候,他对伦理委员会保护主义者协会的态度发起了攻击,声称责难他就是剥夺他的言论自由;此外,他坚持认为法庭中对手的情况使自己更有必要支持母亲,因为父亲曾贿赂过自己的辩护律师和心理医生。

这个案例阐明了很多的关注点,这些关注点将在下文中得到检验。首先让我们仔细思考F博士对自己的角色、法庭环境以及对他的专业同伴所表现出的态度。F博士一开始接受先前来访者的要求,在很大程度上就是一种狂妄自大,因为他之前未曾有过司法工作的经验,而支持一方时必须先对另一方有一个公正的综合的理解,才可以适当地实施评估。再考虑他对法庭漫不经心的态度,当另一方为自己辩护时采取的"随便"态度。更进一步,思考他对那些试图批评其行为的同事的态度:他们没有什么可以教给自己,而只是在限制自己施展非凡的能力。我们再思考F博

---

〔1〕 引自Ethics & Behavior,3,251-256.可在http://www.informaworld.com获取。由Taylor & Francis于1993年赋予版权。已获得著者和出版者的允许。

士在技术方面的表现。他盲目地对第三方的报告进行评估,这即使是在非法庭环境下也并不适当。他是在做出司法判断(母亲应该得到抚养权)而不是提供专业的心理学证词。实际上,他的证词是有缺陷的,因为证词包含的观点通常应建立在评估证据的基础之上,但他却并没有证据。他同样也没有意识到可能存在的其他解释(如,孩子在学校表现不好——尽管清晰的证据在这里会起到帮助作用,但这可能是根源于很多其他原因,而不仅仅是父亲不尽职)。孩子在与父亲一起生活的数年内,曾做出明显成功的调整,F 博士缺乏对这些情况的意识,也包含了一种欺骗的成分。总之,这位心理学家并没有认识到自己不是真正地以专家证人(为科学发现作证,并根据那些法庭无法获得的科学知识审查案件的真相)的身份被聘用,也不是事实的见证者(为那些他直接观察到的与案件有关的事实作证)。更确切地说,这位心理学家是以母亲的支持者的身份被聘用的,不合理地利用了自己的专业资历来支持相当于无效的观点,而这些观点可能潜在地伤害到父亲、孩子以及其他可能会受到这个案子影响的人……

很明显,仅仅拥有一张普通的专业心理学资格证书,并不能证明自己是一名具有必要的和充分的技能、可以胜任的司法心理学家。除了已经指出的问题以外,证人席上履行职责的压力以及评估和证词的高报酬,都可以形成巨大的诱惑,从而使其成为获得服务的一方的"雇佣枪手"。具有讽刺意味的是,在号称为获求"真理"而设立的法庭之上,心理学家时常会发现自己很难遵从这个标准。仔细思考下面这个案例:

> 心理学家 Q 以专家证人的身份为一个受审适宜性(fitness-to-stand-trial)的案例提供服务。他声称自己是一名"美国心理学会的注册心理学家",并且是另一个州的大学教授。他在简历中列出自己是某系的系主任,然而在另一份简历中,他却记录自己在另一个不同的时期担任系主任。实际上,他并没有得到注册,也不是前任的系主任,并且美国心理学会也并不"注册"心理学家。当面对交叉检查中的矛盾时,他承认自己在简历中呈现了不准确的信息。他声称自己出于为来访者的考虑而作证,并且错误是由秘书造成的。

通过对这个案例中问题的检验,我们发现它呈现出多重的欺骗。首先,这位心理学家不符合实际地呈现自己的简历,然后试图不如实地解释造成错误呈现简历的原因。并且,这些状况都发生在一个试图保证陈述都是真实情况的环境中。当然,这可能是个极端的例子,虽然如此,许多的观察员(Fersch,1980;Shapiro,1990)都表示,司法环境要求的特质似乎对那些即便是受过良好训练的心理学家也施加了相当大的压力,促使他们提供多于自己可以证实的绝对的陈述、寻找经典的案例……放弃那些在更平静的环境中自己可能会遵守的胜任力和品质的标准。

……

与法庭证词目的有关的胜任力

有胜任力的专家证人必须知道,他或她的意见何时为专家的真实意见,何时只

是受过教育的外行的意见。证据法禁止普通证人为自己的意见作证,注明这一点会很有帮助。然而,证人需要对事实作证。另外一方面,专家却有资格提供以法庭或外行无法获取的特殊知识为基础的意见。然而,这些意见必须且只能在他们专业技能的领域内提供。

此外,关于已获得的事实,称职的司法心理学家应清晰地描述所发现结果的局限和限制条件,而不仅仅是基于第三手的报道……

换句话说,称职的心理学家也应该知道自己的资料和决策的优势以及缺陷。值得注意的是,在很多情况下,这种条件并没有达到,特别是称职的司法心理学家应该知道对方辩护律师(以及他们的专家)也会竭尽全力(有时似乎并不公正)来强调心理学家评估结果的不充分和存在的缺陷。然而,司法工作中似乎存在一种普遍承认的诱惑,即超越自身能力的限制(Fersch,1980;Shapiro,1990),“提供那些心理学家并没有特殊训练的领域的意见,或者提供那些对知识的陈述过于贫乏而且并不应该呈现的意见”(Shapiro,1990,p. 746)。夏皮罗也指出“经典案例”的问题:专家证人描述出的(远远没有确定的)结果,作为揭露辛德罗姆·X 的经典案例。一个案例很好地说明了这点:

> Q 博士是一位富有经验的司法心理学家,被一位母亲(监护父母)提出请求为她的两个儿子进行评估,来确定两个孩子是否在探望与她分居的丈夫时,受到过心理或身体上的伤害。这位心理学家分别会见母亲及孩子将近两个小时,随后他在法庭上对探望事件作证。他建议不进行探望。在他的证词中,Q 博士反复声明这位父亲曾对孩子有过身体上、心理上以及言语上的虐待。他做出这些陈述源于两个孩子口头的叙述、母亲的叙述,以及先前一位对所有家庭成员进行了评估的心理学家报告中的建议。这位心理学家在仅有的两个小时内与每个孩子接触,但并没有与孩子的父亲接触过,当被询问他对自己意见的信心时,他说“这是我遇见的最为清晰的案例之一”。他还声明对自己的意见、诊断以及预测的效度和信度毫无异议。

这是另外一个极端却能够说明问题的例子,案例中的心理学家明显地超出了自己掌握的资料的范围,并采用强烈的语言来掩饰证据的缺乏。这位心理学家做了这样的工作:即在没有充分资料的情况下提供自己的意见。没有迹象表明,这位心理学家曾注意过那些会导致误用自己影响力的压力。显然,他认为保护这些孩子是自己的责任,尽管他的事实基础并不充分,但他还是在这方面做出很大努力。此外,这位心理学家仅仅是根据孩子的陈述就将父亲诊断为虐待,也是在使用不充分的评估技术。另外,“心理学家必须对资料保持谨慎的态度,只呈现有切实文件记载的资料,以及可以确切地为资料所支持的结论”(Shapiro,1990,p. 746)……如果专家证人不能做出比法官或陪审员更为有效的判断,那么专家也不可能帮助法官或陪审员提高其判断的准确性。

……

胜任力同样也需要一种可以判断出谁是委托人的能力。这种意识可能会使其中的一些伦理问题变得尖锐。如果心理学家认为抽象的法庭或审判系统是自己的

委托人，那么很显然，为委托人利益服务的最好的方法就是尽可能地诚实和谨慎（Fersch，1980）……意识到自身角色的限制是心理学家的职责所在。他们也必须尝试与司法诉讼程序的相关参与者交流这些局限。

对于那些法庭中的、相信存在着一种伦理责任可以试图防止他或她工作失误的心理学家来说，又会有另外的伦理窘境（Fersch，1980）。这似乎并不是一个可以解决的困境，很大程度上是由于并不清楚这种职责如何在法庭环境中执行。在法庭上，法院审判系统的伦理标准要求的是对抗制诉讼程序（adversarial proceeding，指有利益相对立的双方当事人参加，并且相互争辩的诉讼程序——译者注），其中对抗双方的律师试图呈现那些只支持各自一方的证词，并且法庭审判系统会严格控制律师的证词以及他们提出的问题。

对胜任力的威胁

法庭诱惑的力量，以及作为专家出席的微薄的报酬，有时会使心理学家看不见对其特殊技能及特殊思维结构的需要，而这正是为法庭系统服务以及为心理学专业的复杂性和公正性做出判断所需要的。这一部分将探讨干扰胜任法庭工作的几个困难。

不了解审判系统

如同所指出的一样，认识到个体何时有资格在法庭上给出自己的意见，而不是简单地为事实提供证明，这一点十分重要。同样重要的是，要知道个体何时呈递的是司法的意见，何时呈递的是自己经验领域的专业意见。尽管这些问题在那些有着较少法庭工作经验的心理学家中更为常见，然而在司法系统中有着多年经验的心理学家却不存在这些问题。

除了经验，还会出现另外一个问题，即没有充分的准备。由于没有全面了解他或她的记录，没有仔细地回顾发现的结果，或者忽视、疏忽了关键材料，很多案例都因为专业心理学家存在的这些问题而败诉。审判系统需要证据来支持结论，需要做精心的准备，上述类型的问题反映了对这种理解的缺乏。

具有讽刺意味的是，心理学家法庭工作的大部分效力都取决于他们的说服力或表现能力，而不是他们从事心理学工作的技能……潜在地，人们可能认为，不能将自己的意见清晰地传达给陪审团的证人，不具有专业人士的能力。显然，这并不是对资格的二维判断。有法定资格的专家证词应同时包括内容维度和过程维度。尽管证词本身可以体现出鉴别力，但是，它也应该具有科学的效度，并且与当前问题密切相关。

不幸的是，强调形式多于强调实质，会导致对审判系统玩世不恭的态度。假设最精彩的陈述会动摇那些容易轻信他人的法官，或者使没有充分准备的对方惊呆，都会导致心理学家忘记胜任力的伦理标准。另一方面，假如事先暗中布局，或者不愿意费力去做充分的准备，心理学家感受到的司法环境的过度压力都会导致其玩世不恭的态度和无能力感。心理学家通过避免这样的行为，以改变这种玩世不恭的态

度和无能力感。很多伦理学的投诉都会导致这样的反应:“但是,在之前三个案例中我就是这样做的,并没有人投诉。”

职业性的自负

尽管这种威胁对资历较深的司法心理学家更普遍,但是也会存在对于法庭环境完全是新手的心理学家之中。自负的心理学家通常完全依赖于他或她的良好的记忆力,从而忽视了记录或文件的标准,去提供对谈话或观察的几乎完全确定性的记忆,尽管这些回忆的内容可能是在很久以前发生的。

同样,缺席诊断的问题也会被认为是自负态度的一种结果,虽然,在众多源于这个问题的伦理学投诉中,这只是简单地被描述为无作证能力。仅仅根据第三方报告就做出诊断陈述的心理学家,是在传闻的基础上做出诊断,改版的“心理学家伦理学原则和行为规范”(APA,1992)出版后,这种行为可能是一种道德上的违规。伦理学原则直接地将缺席诊断的压力施加在心理学家的肩上,只有能够证明这种对标准评估习惯的背离是正当的,才允许缺席诊断。

一些资深的司法心理学家对其临床悟性的依赖也反映出职业性的自负,并且,这经常会导致评估不充分。在简短的面谈后根据直觉做出的判断,尽管作为正在进行的治疗中的工作假设会很有用,但是当作为专家证词的基础时,则会失效。

辩护而不是证明

心理学家比审判系统中的任何一个人都更清楚案件的正确结论,这样的信念也会成为胜任力的主要威胁。沃瑟斯特罗姆(Wasserstrom,1975)提出“角色—分化型行为(role-differentiated behavior)”,即允许专业人士搁置某些普通人所遵守的道德因素……将这个逻辑应用于司法心理学家的领域,就会很容易看清司法领域所需要的特征,如何将心理学家从自身科学客观性的位置动摇到一个辩护的位置。一个相关的问题可能会与对抗制诉讼程序中的一个置换的信念更加相关。心理学家自由地为他或她的一方辩护,并且假设另一方可以为自己辩护。这种逻辑导致低估这样的潜在可能性,即其证词可能会有害于诉讼程序中的一个或更多的参与者。一个近期的伦理学投诉可以作为有力的例子,心理学家为自己辩护却没有任何证据,法庭因此没有采纳他的建议(这个建议基于不充分的评估);因此,并没有引起危害。

没有注意到知识基础的改变

再次指出欠缺知识是胜任力的主要威胁(Peterson & Bry,1980)可能会有些重复,然而考虑胜任力在这点上的可改变的性质却十分重要。胜任力通常是一个相对性的术语,特别是在一个以实证发现为基础,并且正在以一个相当快的速度发展的领域里……持续的教育和持续的自我检查是一个亘古不变的主题。如果心理学家开始熟悉(并且使用)先进的、有效的评估工具,那么可以避免相当数量的伦理学的和玩忽职守的投诉。

……

贪欲

不幸的是，司法工作被看作是一种有利可图的工作，这也形成对胜任力的一种威胁。在一个理性的世界里，高报酬的活动可能会激发个体尽更大的努力去变得有胜任力，但是很多伦理学投诉表明，少部分心理学家将提供专家证词作为一个过度利用(over-access)、对材料进行冗长评论的机会，并因此普遍地抬高了自己的开支。此外，那些希望通过展现自己如何打赢诉讼案件来使自己变得富裕的心理学家，可能会谎报自己的资历或者发现。

……

结　论

在很大程度上，这些论述只是对“心理学家伦理学原则和行为指导”(APA，1992)所包含的原则进行阐述。但是，对这些标准的详尽阐述，必须通过掌握某个司法实践领域的大量相关文献，接受某个实践领域正在进行的教育，以及拥有足够的教育、训练，或者拥有使其胜任的经验来实现。很明显，在法庭中表现良好的技能并不是在一个人得到从事心理学职业的许可或获得博士学位证书时自动获得的。

参考文献

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *44*, 1597-1611.

Fersch, E. A. (1980). Ethical issues for psychologists in court settings. In J. Monahan (Ed.), *Who is the client?* (pp. 43-62). Washington, DC: American Psychological Association.

Peterson, D. R., & Bry, B. H. (1980). Dimensions of perceived competence in professional psychology. *Professional Psychology*, *11*, 965-971.

Shapiro, D. L. (1990). Problems encountered in the preparation and presentation of expert testimony. In E. Marginal (Ed.), *The encyclopedic handbook of private practice* (pp. 739-758). New york: Gardner.

Wasserstrom, R. A. (1975). Lawyers as professionals: Some moral issues. *Human Rights*, *5*, 1-24.

评论：

一百年前，一位致力于专家证词方面写作的作家，引用了一位未指出姓名的审判律师结案陈词中的一段话，“陪审团的诸位先生”，这位律师开始陈述，“世界上有三类说谎者——普通的说谎者，该遭受谴责的说谎者，以及科学的专家”(p. 169)。见 Foster, W. L. (1897). Expert testimony—Prevalent complaints and proposed remedies. *Harvard Law Review*, 11, 169-186。

有些证据表明，律师确实经常指导专家，而专家通常会愿意接受这个过程；因此，这些“雇佣枪手”改变自己的证词，来迎合聘用他们的一方的需要。可参见如下：

Buckshot, R. (1986). Personal values and expert testimony. *Law of Human Behavior*, 10, 127-144.

Champagne, A., Shuman, D. W. & Whitaker, E. (1991). The use of expert witnesses in American courts. *Judicature*, 31, 375-392.

Guthrie, T. G., Hauser, M., White,

M. S. , Spruill, G. , & Strasburger, L. H. (2003). "The whole truth" versus "the admissible truth": An ethics dilemma for expert witnesses. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31, 422-427.

Hagen, M. (1997). *Whores of the court: The fraud of psychiatric testimony and the rape of American justice.* New York: HarperCollins.

Human, R. J. & Kennedy, D. B. (1987). Subjective factors in clinicians' judgments of insanity: A comparison of a hypothetical and actual case. *Professional Psychology Research and Practice*, 18, 439-446.

Mossman, D. (1999). "Hired guns," "whores," and "prostitutes": Case law references to clinicians of ill repute. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 416-425.

Otto, R. K. (1989). Bias and expert testimony of mental health professionals in adversarial proceedings: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, 7, 267-273.

对司法临床医生所遭受的偏见进行一个综合的回顾，见 Bersoff, D. N. (1992). Judicial deference to nonlocal decision-makers: Imposing simplistic solutions on problems of cognitive complexity in mental disability law. *Southern Methodist Law Review*, 46, 327-370。

除了上述文献，哈斯的文章为司法心理学家提出了很多重要的伦理问题，其中包括：双重关系，对于根本问题的证实，事实与专家证词之间的差异，胜任力，以及作为辩护者和教育家的专家之间的区别等。下面的文章提供一些在处理专家证人面对的竞争压力方面的指导。

专家证人、对抗制以及理性的声音：调解的公正性与辩护[1]

5

⊙ 丹尼尔·W.舒曼、斯图尔特·A.格林伯格(Daniel W. Shuman and Stuart A. Green berg)

用来指导心理学家法庭行为的伦理规范,试图确定心理学家是公正的信息提供者,可以在自己胜任的领域为法庭提供可靠的信息。决定是否采纳专家证词的证据法,试图确定专家证词可以协助法官或陪审团做出决策。对抗制,更特别的是由律师来操纵它的运转,需要专家作为委托人的代表,而律师有义务协助专家。偏向于一方通常是聘请专家的一个隐含的条件,同时,它也可能是由无意识地移情、忠实地认同一个团体或诉讼团队所导致的。

尽管证据的和伦理的规范都是为了呈现可信赖的、能够帮助查明真相的证据,在应用于对抗制时,它们都会导致竞争的压力。在可能是最普遍的这种冲突之中,专家抱怨自己受到律师施加的压力,律师聘请他们,让其超越自己专业的标准提供证词从而支持律师的辩护。法庭很少为专家提供直接的帮助来抵抗这些压力,并且在判断专家证词的可采纳性时很少会考虑伦理学的标准(Shuman & Greenberg,1998)。即便是当法官否决了一个认为专家作证违背了伦理规则的异议,并且允许专家提供证明时,也不允许专家进行法律上可以接受、但有伦理学问题的职业活动。同样,即使法官错误地采用了专家证词,这些有伦理学问题的证词可能伤害某些团体,这些团体同样有权对专家提出失职的投诉。这些差异使专家容易遭受伦理学惩罚或出现玩忽职守的行为,即使有时这些投诉并不能导致法庭驳回有问题的证词。

专家察觉到自己经常陷于伦理学和法律的不和谐关系之中。必然地,专家可能会认识到自己必须在公正和辩护之间做出选择。本文解释了为什么使公正与辩护相斗是一个错误的选择。本文……描述了一个选择性的、综合的进行辩护的方法,可以使专家同时做到符合伦理、有说服性、公正,并且能够提供帮助。

法庭与专业的规则

法律制度已经采取了一系列规则,来控制专家证词的质量、信度、偏见以及形式。这些规则构成了采纳专家证词的前提,对为防止妨碍法律系统利益的证词而设置的民事和刑事责任体系施加影响。在美国大部分管辖区域内,掌控专家证词可接

---

〔1〕 引自 Professional Psychology:Research and Practice,34,219-224.由美国心理学会于2003年赋予版权。

受性的核心的法律规则,在联邦证据规则(Fed. R. Evid.)的第702页以及州立的相应法规中都有解释。联邦规则规定,"如果科学的、技术的或其他特殊专业的知识**可以帮助真相的探究者理解证据或判断事实真相**,具有知识、技能、经验、训练或教育等专家资格的证人,便可以以意见或其他形式来提供证明"。多伯特(Daubert)诉梅里尔·道(Merrell Dow)药品案中的一段话正是这种措词(1993):为了考虑证据的可靠性,提供证据的专家必须要得到认可。因此,对专家证词的采纳开启了专家可以给法官或陪审团提供援助的先例。

同样地,规范心理学家、精神病学家以及其他心理健康专家行为的专业系统,创造了一个伦理规范的详细体系,来管理他们作为专家的行为。这些伦理规范支配着为法律系统提供司法意见时所使用的方法和程序。心理学专家证人的核心伦理原则要求"当个人的、科学的、专业的、法律的、经济的或者其他利益或关系可能会被合理地期望(1)在作为心理学家展现自身作用过程中,削弱其客观性、胜任力或效力时"([APA],2002,Standard 3.06),心理学家应避免扮演专业角色。这个原则在司法心理学家专业指导原则(美国心理学会,司法心理学家伦理指导委员会,1991,第七节,B)中得到诠释:"司法心理学家认识到作为'法庭的专家'或'代表专业的专家'的公众角色赋予自己的**公正和准确的特殊职责**。"

法律规则和伦理学规范体现了支持专家证人可信度的相容和可比的意图。然而,证据规则却通过对抗制得到应用。对抗制赋予当事人行使或放弃证据规则的权利,赋予法官接受受到质疑的证据的权利,将压力留给陪审团去承受。因此,如果一方当事人选择接受不够资格的证人提供的证词,证人或法官通常都不得不接受。然而,与法律制度的规则不同,伦理学规范的应用并不受对抗制的限制。例如,至少这样做是可能的,"心理学家只有在对个体做出足够支持他们陈述或结论的检查之后,才可以提供关于个体心理学特征的证人意见"(APA,2002,Standard 9.01b)。在缺乏调查的时候,对方律师不反对一个无事实根据的意见,这种决策放弃了合法的异议。但是,心理学家这样做,就不能撇开心理学家的失职行为的责任,也不能撇开伦理学投诉。同样,法官也不能驳回这样的异议。伦理指导(如,司法精神病学实践的伦理指导[美国精神病学和法律学会,1996]、心理学家的伦理学原则和行为规范[APA,2002])建议司法专家以中立、公正的方式展示自己的作用,即便他们是由一方当事人所聘请。如果聘请心理学家的律师要求他们提供没有合理根据的证人意见,心理学家可以拒绝他们的请求。然而,没有对聘请自己一方的对抗性需要做出反应的专家,会面临着雇主的愤怒,面临着不再被聘请的危险,面临背负与法律共同体(legal community)不合作的名声的危险。如果屈服于辩护的压力或诱惑,给出了没有足够依据的证据,专家又会面临其他危险。尽管法官可能会规定这样过度热情的证词可以采纳,专家仍然可能遭受民事责任和道德的投诉。提供不可靠证词的专家证人,可能会发现自己处于法律和道德的危险境地。

专家扮演的角色

期望专家所扮演的角色压力,是在法律系统中利用专家的基础。然而,对专家的利用开始变成惯常的程序,在一些案例中,几乎是不可缺少的:"专家证词经常会

增加一方当事人理论或声明的可靠性。如果没有专家证人对适当的注意标准[1]、事件的重构或原告损失的价值作证，那么很多案例都无法裁决”（Richmond，2000，p. 909）。

通常，人们会假定专家证词表现出的主要角色问题，是对同一委托人提供治疗的和司法职能的服务之间的冲突（Greenberg & Shuman，1997；Heilbrun，1995；Simon，1995；Strasburger et al.，1997）。忽略角色内冲突的问题，并且假设每个角色都很清晰、在各自的权限内都易被处理，是非常容易的事。然而，司法专家却对多个雇主负有义务。整合这些雇主的需要非常复杂，需要对要求公正的心理健康专业规则系统、要求偏袒的法律纠纷调节系统进行调和。

在伦理上，律师被要求作为其委托人的勤勉的辩护者。这里隐含着律师行为的所有方面，包括专家的引荐，都应该增进勤勉的辩护者的角色，而不是公正的中立态度。多数律师“愿意参与到有客观的、未受委托的、独立的专家参加的诉讼当中，就像[他们]愿意在一个散兵坑中加入几个非战斗人员的士兵一样”（Jensen，1993，p. 192）。

这样的想法在作为司法专家全职工作的人当中更为强烈。专家认识到自己被聘请来协助偏袒性辩护，而他们的道德规范却似乎禁止这样的行为。专家同样也意识到批判聘用偏袒的专家的人会提出这样的投诉：为了最大利益，不顾在该问题上专业证人意见的共识，在案例中聘请专家提供有利于一方的证明总是有可能的。

对于那些需要对对抗制做出反应、还要对法庭履行专家的中立职责的受雇专家来说，有没有一种被“理性的声音”规定的角色？在这些压力的限制内行动、受雇作证的专家，如何才能满足这些对抗性的规则，才能避免职业过失责任，提供可以满足职业最高标准的证词，并且能够经常得到雇佣？

特许与伦理学危险

心理学家提供专家证词时的行为受到其专业伦理规则和指导原则的约束。对这些规则和指导原则的违反可能会导致对其证词的拒绝，或者导致对契约的违反或失职行为（墨菲（Murphy）诉马修斯（A. A. Mathews）案，1992）。然而，专家经常会被允许免于对其专家行为提出的民事诉讼。尽管如此，没有任何一个州会在州资格审查委员会或专业伦理委员会提供这样的对诉讼程序的豁免权（布德温（Budwin）诉美国心理学会案（American Psychological Association），1994）。在印象中的两个案例里，华盛顿和宾夕法尼亚州法庭都拒绝给予对州立资格审查委员会提出的伦理学投诉的豁免权，起诉的原因是健康医疗专家在作为专家证人提供服务时出现了不当行为。华盛顿最高法院拒绝为专家证人提供它所认可的、从民事责任到职业惩戒程序[2]广泛

---

[1] standard of care，在涉及专家责任，如医师、律师责任的案件中，运用这一标准衡量专业能力。传统的医师责任标准是已尽“依现有医学发展水平，同一或类似地区的从业人员平均程度的技能、注意及勤勉”，然而美国某些法院现已不再考虑地区差异，而定为“同一专业内合理的从业人员标准”。——译者注

[2] disciplinary proceedings，对某一行业或其他职业团体的程序按因其具有不当的、不守职业道德或非法的行为而予以斥责、暂停执业或者剥夺其执业资格的程序，对律师使用执业惩戒程序可导致该律师被暂停执业或被取消执业资格。——译者注

的豁免权(迪塞里奇(Deatherage)诉心理学考试委员会案(Examining Board of Psychology),1997)。法庭推断,对于那些免除民事责任的专家行为,专业原则的威胁是一种重要的检查。在休塔(Huhta)诉州医学委员会(1998)的案件中,宾夕法尼亚州一个受理上诉的法庭也支持这样的观点,在州医学委员会看来,专家证人民事责任的豁免权并不是职业惩戒程序的保护,因为这可能会妨碍资格审查委员会履行自己的职责,来确定医师行医的能力和适宜性(Trimmer,1999)。

当维持符合专业原则行为的职责时,允许民事职责的豁免权会使专家遭遇很大的风险。在资格审查委员会或伦理委员会为自己辩护,会给专家带来可怕的结果,就如同陷入民事诉讼的人一样。在任何一个委员会中过于频繁地出现,都会给专家的名誉留下污点。除了获得免于因司法活动导致伤害的民事诉讼的保障之外,专家可以并且应该获得免于资格审查委员会的诉讼。然而,法律和专业制裁的经济花费由拥有执照者负担。暂停或撤销执照,或者由于失职侵权行为的判决引起的名誉上的伤害,都会导致失去收入,这依然是专家所要承担的代价。

……

超越胜任力:公正作为最好的辩护

专家要面对法庭提出的证据的要求、专业资格审查机构提出的伦理要求、不满的诉讼当事人提出的职责要求,以及聘请他们的律师提出的经济的要求。这些要求似乎需要专家同时扮演公正和偏袒的角色,那么,专家应如何对这些要求做出反应?我们提议,**公正作为最好的辩护**,并不是让专家在这些角色中进行选择,而是提供了如何同时扮演这些角色的指导。指导这个提议的最重要的假设是,专家的可信度是作为一名有影响力的辩护者的必要成分,并且可信度来自于专家的公正。专家缺乏公正性,不仅对中立性有着至关重要的影响,对辩护也有着十分重要的影响。

下面几节,我们将解释如何对这些要求进行调和……

胜任力

心理学家伦理原则和行为规范(APA,2002)与司法心理学家专业指导原则(APA,1991)应用于似乎对司法心理学家充满敌意的社会中时,强调了我们眼中司法心理学家的核心关注点:"司法心理学家[应该]只在他们具有专业知识、技术、经验和教育的领域提供服务"(APA,1991,p. 658)。在临床环境中,心理学家的胜任力构成知情同意程序的一部分,与临床环境不同,司法心理学家的服务对象不必要赞成或同意心理学家是否具有胜任力。心理学家提供司法服务的胜任力是一个特殊而又依赖于背景环境的问题。辩护者对专家施加压力,要求其提供超越自己胜任力范围的证人意见。然而,背景环境的压力,却从不应该是专家对有关问题提供自己无能力提供的信息的理由……

专家应该首先确定每一个需要自己意见的法律问题,然后再判断自己是否能够、以及如何提供专家意见,从而协助这些法律问题的解决。这可能需要首先与聘请自己的律师对将要作证的问题进行交谈,然后由律师书写一封聘请信函,来证明律师所预期的问题可以通过司法检查获得解决。调查或检查的程序中,专家的任务

就是尽可能充分地准备与自己可能提供的证词有关的证人意见，并且鉴定所有与这些意见相关的证据。

关联性

证据规则将相关证据定义为“具有某种倾向，使有证据存在比没有该项证据时更有可能对行为结果做出决定”（Fed. R. Evid. 401）。在这里，我们对要求专家呈现的相关意见做出更为狭义的定义，第705条规则中的定义最合适，即公开“专家意见所依据的事实和数据”（Fed. R. Evid. 705）。这个原则可应用于任何证据，只要证据有着可以增加或减少专家意见影响力的倾向。

在作证时，专家应该试图向当事人公开所有与他们在该问题上提供的意见证词〔1〕相关的信息，即便是该案件在审判过程中曾发生变化。与此相反，尽管他们必须真实完整地回答所有提出的问题，我们仍然主张专家没有义务去提供那些与案件无关的问题的信息，不管这些信息或意见是否可能会与案件的其他法律问题相关。我们认为，律师和被聘用的专家对意见证词进行谨慎地选择和删节，是辩护的合法而有效的手段。尽管法庭可能会给专家施加压力，要求他们透露与案件相关的特许不提供的信息〔2〕，而不管他们原本是否被要求对这些问题进行陈述。我们认为，为了整合中立和辩护的角色，专家只需要履行这样的职责：即只呈现与需要专家意见的问题相关的信息。

受聘用的专家对作为雇主的当事人所负有的义务，形成了公正性与偏袒性要求之间最强烈的冲突。证人宣誓说实话，讲出全部实情，有说出事实真相的义务，但并不要求专家提供在审判中自己没有被询问的意见。让我们思考一个受聘专家常常遇到的问题：一个受聘作证专家是否可以建议律师如何对专家进行考察，从而避免揭露对委托人/当事人不利的信息？当然，诉讼当事人可能会感激在诉讼前被告知“如果你问我X，我将会这样回答。当然如果你变化提问的方式，我将不会采用这种方式回答”。如果预先给予这样的通知，聘请专家的律师则更有可能在将来继续聘请该专家，并且更少可能提出或申请伦理上的诉讼……

将关联性原则应用于这种情况时，我们建议被聘请的专家不必分担律师的任务，去尽力隐瞒那些与专家意见相关的证据。然而，专家协助律师保护那些与专家意见无关的信息却是十分恰当的。例如，在人身伤害案件中，如果专家只被要求对伤害问题作证，那么，专家可以不必隐瞒那些在伤害问题上与专家意见有关的信息。在调查过程中，专家也获得了违反注意标准的信息，于是，专家提出可以通过改述问题来避免暴露与在伤害问题上的专家意见无关的信息。我们认为，对专家的这种建议不进行限制。当然，如果专家被询问到自己认为与所提供的意见无关、但法庭判定是有关的并且不是特许不提供的信息，那么，专家必须提供与意见相关的全部信息。

让我们来思考如何对待专家的不同角色，以及专家必须面对的压力所带来的启

---

〔1〕 opinion testimony，指证人就争议问题陈述的自己的观点、看法或推论，区别于证人就自己所了解的案件事实而作的客观性陈述。——译者注

〔2〕 nonprivileged information，特许不提供的信息，指诉讼中有权拒绝提供的信息，包括特许不泄露的信息，政府机密、政府档案、告发人身份、大陪审团审理记录、某些事故报告、律师的工作成果等。——译者注

示。这可以帮助避免无关信息暴露的职业过失责任诉讼、伦理投诉方面的风险，或被该律师继续留用工作等，增大了律师和专家的利益，同时也促进了专家的中立角色。我们的调查中没有发现这样的报导：专家有义务或被规定去呈现与专家意见相关的特许不提供的信息。

专家应如何做出行为的决定，以案件专家意见的中立原则为基础，而不是以谁会从中获利为基础。在中立原则中不能有辩护的存在，同样，辩护中也不会存在中立。诚实地对待与专家意见有关的信息是律师辩护的最有效的工具。它使专家成为像事实发现者一样的更为中立的角色，使专家更具可信度；它促使律师公开那些无论如何总会被揭露的信息；同时，它通过帮助获得准确的事实真相服务于法庭。

观点

为了有效地对中立性和辩护性进行整合，专家有责任对其意见进行检验，并且这种检验应该从双方当事人对案件互相对抗的两种角度进行，而不能从对方的观点中孤立出来。任何一个案例在一些相关问题上，都至少存在两种对抗的观点，否则，案件应该已经得到了解决。为了有效性，专家必须要求那些聘请自己的律师至少要提供诉讼文件、描述案件的对抗性见解的法律备忘录，以及其他专家的全部报告。平衡律师、诉讼当事人、法官以及资格审查委员会的需求，需要司法专家对司法审查发生的对抗性的背景保持现实的评价。这个现实的观点需要专家对那些可能支持或驳斥每一方当事人观点的证据进行鉴定。不了解双方当事人不同观点的专家证人，不可能成为一位可信的证人。

……

思考专家身上对抗性压力的启示。对不同观点保持清晰的认识，在呈现公正、直接的证词时扮演重要的角色，也增加了法庭在事实—发现过程中的重要性。尽管一些律师最初可能会反对专家试图掌握不同的观点，但它不仅可以帮助呈现更多有说服力的专家证词，而且也可以促使律师去思考案件其他可能真实的见解。掌握不同的观点也降低了对专家进行侵权行为的诉讼和伦理学投诉的风险，同时，也加大了专家继续留任的可能性，因为对对抗性观点进行解释的证词更具有说服力，更能帮助律师进行辩护。

权衡

鉴别每一种观点之后，专家有责任给予每种观点一个公平的权重，而不掺杂证实性偏差〔1〕和事后聪明式偏差〔2〕，也不允许这种情形的内在压力去影响这个决策。专家接触诉讼当事人在相关问题上不同的观点，对有效地整合中立性和辩护十分重要。那些不能公平地权衡当事人观点的专家，不可能帮助事实发现者在被要求呈文的问题上得出准确的结论，事实发现者也不会认为他们可信。不恰当地从聘请

〔1〕 confirmatory bias，证实性偏差，指个体倾向于按照与其先验信念相一致的方式对那些不明确的迹象进行说明，而对于所出现的不一致的事实则会进行详细检查，并将它们归因于运气太差或数据收集上的错误。——译者注

〔2〕 hindsight bias，事后聪明式偏差，人们在事后想的时候总有一种偏见，也有学者称之为“回顾偏见”。人们在回顾一件事时，往往因为结果最后发生了就由此断定在当时该结果发生的概率就是非常大的，没有考虑到这一结果是当时决策人违反了注意义务所致。——译者注

专家的诉讼当事人的观点考虑问题,就是违反了这条原则,因为缺乏权衡使专家成为对其给出的意见的无效支持者。

专家有责任去公平地权衡各种观点。通过这个我们想说明,专家必须用一种公平的方式去思考相互对抗的假设。专家和律师都容易形成这样一种心理,即给予自己一方的观点更大的权重,而将对方观点的正确可能性缩小。不能给予每一方诉讼当事人观点适当的重要性,会违反这个原则。

心理学家的角色冲突,是威胁专家公平地权衡所有诉讼当事人观点的因素之一。此外,这些冲突可能会增加不满的受害方当事人提出诉讼的风险。与来访者建立了治疗联盟的心理学家,更不可能公平地考虑那些对自己和来访者在共同的治疗工作过程中建立的事实真相提出反驳的观点。再者,治疗专家也不可能自由地获得所有当事人的观点,并对它们进行公平的权衡比较(Greenberg & Shuman,1997)。

……

坦白

我们所说的坦白,是指心理学专家在呈现自己的分析时应该具有的直率性。对相关信息进行选择性呈现,从而为一方当事人提供帮助或设置障碍的专家,妨碍了对真相的探求,也降低了自己的可信度。因此,在对被要求呈文的问题进行鉴定、并从所有当事人的视角出发进行思考后,专家在呈现自己的发现时,有责任提供所有经过坦率思考的观点,并对指定给每一观点的重要程度进行解释。

在对前四个原则的讨论中,我们探讨了专家在形成意见时应采取何种方式。但在任何的司法诉讼程序中,都会丢失很多的事实和意见。除了"协商的意见"(Gutheil,2001)外,律师可能会简洁陈述专家无权反对的问题,或者要求提出追加问题。尽管如此,专家在对提问程序的反应中,仍有着一定的自由(Brodsky,1991)。我们主张,如同前面提到的,专家应该最大程度地利用法律提供的权利,坦率地呈现自己对事实发现的结果和分析。专家的角色并不是按照契约呈现有利的证词。他们的职责是按照相关的专业注意标准提供服务……这种方式最明显的好处就是:它正是法庭期望专家所能做到的——提供公正而直率的证词。

毋庸置疑,这个原则可能会为雇佣律师带来最难辩护的案件,因为它可能带来失望的风险,增加侵权行为和伦理学投诉的可能,并降低专家被再次聘请的可能性。对于多数律师来说,通过提高作为事实发现者的专家的可信度的方式获得利益,与律师的诉讼策略是一致的。对于另外一些律师,这种坦白似乎是对自己所期望专家做到的偏护的忠诚性的背叛。我们承认,与这些律师一起工作时,我们的建议可能不会使所有的竞争压力变得和谐,甚至可能会与律师特有的辩护相冲突。对一些专家来说,这可能需要他们做出一个律师希望得到的决定。对于那些需要一个"战斗者"作为他的专家的律师,有些专家可能会在其他地方寻求雇佣。同样,战斗型的律师也可能会寻求采用同样的雇佣方式的专家。尽管这些专家势必要面对作为专家所需要的伦理学义务,而专家不能履行这些义务的风险可能会掌握在资格审查委员会手中。即便是在准许专家作证绝对豁免权的司法权限内,向资格审查委员会或伦理学人士提出这样的投诉,即专家意见不是在充足的科学基础上提出的,都会暴露专家以偏袒的方式隐瞒证词的行为。

结 论

我们的这些原则在解决潜在冲突时具有什么样的价值？尽管美国心理学会的伦理法则涉及了司法问题，并描述了监控心理学家作证行为的道德标准，但我们的原则却解释了心理学家该如何使理想主义的伦理法则融入混乱的对抗制。美国心理学会的伦理法则和司法心理学家专业指导原则似乎想要心理学家达到一种行为标准，而这种行为标准注定与司法界相冲突。律师在伦理学上有责任为其委托人辩护，而专家在伦理学上有责任客观地调查问题，并相应地进行辩护。我们的原则协调了这些冲突，并为心理学家提供了一条为法庭提供帮助的合乎职业道德、又切实可行的途径。

……

如果心理健康专家的证词不是以胜任力、关联性、观点、权衡以及坦白的原则为基础，那么证词就不值得信任，这对法庭、专家，或者聘请他们的诉讼当事人都没有益处，也不能帮助心理健康专家摆脱对其"雇佣枪手"的定位。

参考文献

American Academy of Psychiatry and the Law. (1996, November 13). *Ethical guidelines for the practice of forensic psychiatry*. Retrieved January 17, 2001, from http://www.emory.edu/AAPL/ethics.htm

American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retrieved October 18, 2002, from http://www.apa.org/ethics/code2002.html

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, American Psychological Association. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Brodsky, S. L. (1991). *Testifying in court: Guidelines and maxims for the expert witness*. Washington, DC: American Psychological Association.

Budwin v. American Psychological Association, 29 Cal. Rptr. 2d 453 (1994).

Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc, 509 U.S. 579 (1993).

Deatherage v. Examining Board of Psychology, 948 P. 2d 828 (Wash. 1997).

Fed. R. Evid. 401.

Fed. R. Evid. 702.

Fed. R. Evid. 705.

Greenberg, S. A., & Shuman, D. W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 50-57.

Gutheil, T. G. (2001). Adventures in the twilight zone: Empirical studies of the attorney-expert relationship. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *29*, 13-17.

Heilbrun, K. (1995). Child custody evaluation: Critically assessing mental health experts and psychological tests. *Family Law Quarterly*, *29*, 63-78.

Huhta v. State Board of Medicine, 706 A. 2d 1275 (Pa. Commw. Ct. 1998), appeal denied 727 A. 2d 1124 (Pa. 1998).

Jensen, E. (1993). When "hired guns" backfire: The witness immunity doctrine and the negligent expert witness. *University of Missouri at Kansas City Law Review*, *62*, 185-207.

Murphy v. A. A. Mathews, 841 S. W. 2d 671 (Mo. 1992).

Richmond, D. R. (2000). Expert witness conflicts and compensation. *Tennessee Law Review*, *67*, 909-948.

Shuman, D. W., & Greenberg, S. A. (1998). The role of ethical norms in the admissibility of expert testimony. *The Judges' Journal: A Quarterly of the Judicial Division*, *37*, 4-43.

Simon, R. I. (Ed.). (1995). Toward the development of guidelines in the forensic psychiatric examination of posttraumatic stress disorder claims. In R. Simon (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment* (pp. 31-34). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Strasburger, L. H., Gutheil, T. G., & Brodsky, A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry, 154*, 448-456.

Trimmer, M. A. (1999). Annual survey of Pennsylvania administrative law: Survey of selected court decisions: Licensing: Huhta v. State Board of Medicine. *Widener Journal of Public Law, 8*, 843-855.

评论:

偏袒的辩护与中立的证词相对抗的问题存在于很多情境当中,多数情况出现在专业的心理学家提供的证词之中,如涉及精神病抗辩权、虐待受害者的情绪伤害、需要特殊教育的儿童的恰当安置、就业测验的效度,以及后文中将要提到的儿童监护的案件。但是,对于实验心理学家,尤其是对那些要证明刑事案件中目击证人的辨认为幻想的专家来说,仍然存在着问题。

20 世纪 80 年代,在约翰霍普金斯大学召开了一个会议,探讨如下问题:

> 多数与会人员同意最需要的专家角色是公正的学者,一些人认为这是道德防御的阵地。很明显,法律对专家角色的界定是:为事实探究者提供帮助的公正的学者(p. 5)。

McCloskey, M., Egeth, H., & McKenna, J. (1986). The experimental psychologist in court: The ethics of expert testimony. *Law and Human Behavior*, 10, 1-13.

洛夫特斯(1986),曾在众多的证人案件中作证,对此他有一些不同的见解:

> 心理学家可以作为辩护者提供服务,只呈现事实陈述的有利方面的观点,始于这样的争论之中:即审判是一项对抗性的程序,每一方都有权做出最有可能的事实陈述。作为这个过程中的参与者,专家可能将自己的证词局限于支持一方的评论,将呈现证据和评论来支持对方立场的任务留给对方律师。一方可以采取有利的交互检查来指出对方所提供证词的弱点……(p. 71)

Loftus, E. F. (1986). Experimental psychologists as advocate or impartial educator. *Law and Human Behavior*, 10, 63-78.

埃利奥特对洛夫特斯的观点进行了批判,他特别评论道:

> 在我看来,作为教育科学家的专家和作为辩护者的专家之间,如果说要通过看谁会幸存来决定其价值的话,就是一种有害的建议。律师和其他决策者会始终选择辩护者,而不会选择公正的科学家,这只能说明对抗制并不是科学的适宜环境。为何还要让决策领域(the world of policy)作为科学价值的试金石(pp. 433-434)?

Elliot, R. (1993). Expert testimony about eyewitness identification. *Law and Human Behavior*, 17, 423-448.

接受洛夫特斯见解的危险,体现在一位法官的观点之中,在下一节中将举例说明。

心理学家与司法系统:更开阔的视野[1]

6

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donald N. Bersoff)

……

……1980 年 6 月,伊利诺斯州北部联邦地区法院的约翰·格雷迪法官(John Grady)在 PASE 诉汉龙的案件(1980)中发表了自己的观点。原告对利用个体智力量表将黑人儿童分在可教育的智力迟钝的类别提起诉讼。因为判断所依据的测验有种族和文化上的歧视,很多黑人儿童被错误地划分为智力迟钝。在这个充满争议的问题上进行的三周审判期间,格雷迪法官听取了几位著名的心理学家的证词,其中包括美国心理学会的前任主席,美国心理学会董事会的前任成员,以及其他公认的专家,如果要出版一个手册来列出美国测量界的重要人士,那么这些专家都会名列其中。一些专家赞成原告的观点,事实上,有数据支持这样的判断:即量表过度地有利于白人中产阶级文化背景下的儿童;另外一些人支持作为被告的学校系统,认为没有证据表明测验在构成上存在着不利于黑人的内在偏见。

实际上,PASE 案件中专家的聚集,可以说是一次重聚。其中很多证人都曾出现在旧金山一个宣传力度更大的案件中,即拉里诉赖利斯的案件(1972;1979)。在该案例中,罗伯特·佩卡姆(Robert Peckham)法官被发现,在法律和宪法上都支持身为少数民族的原告。他判定,该测验存在文化歧视,并且永远禁止作为被告的加利福尼亚州"在首先得到本法庭的准许之前,利用、许可或批准任何标准化的量表……对可教育的智力迟钝的儿童(EMR)进行鉴别,或将他们分到 EMR 的班级"(p. 989)。

很明显,PASE 案件中的原告期望得到拉里案件一样的判决。然而,格雷迪法官不但没有裁决这个有疑问的测验存在文化偏见,他还认为,个体智力测验"没有歧视芝加哥公立学校的黑人儿童"(p. 883)。在格雷迪法官长达 52 页的判决书中,提及拉里案件的部分长度不到一页,并且最终以反对它的主张而结束。格雷迪法官说,"说服了佩卡姆法官的证人和论据,并不能说服我"(P. 882)。

格雷迪法官判决最有趣的地方之一是,他几乎完全否定了为双方当事人作证的专业心理学家的证词。否定的原因是,证词是能说明问题的,有启发的,但同时也是非常混乱的:

---

[1] 引自 Law and Human Behavior, 10, 151-165. 由 Springer1986 年授权。已获得著者和出版者的允许。

本案中没有任何一位证人的可信度或专业技术令我印象至深,可以使我放心地根据他或她的意见做出判断。在一些情况下,证人表达出的一些观点是对预想观点的纯理论家评论的结果,而不是科学调查的结果,对此,我是满意的。我需要的不只是证人的结论,而是可以帮助我做出决策的一些东西(p.836)。

格雷迪法官对在其面前作证的专家证人行为的这种理解,导致了一些难以应对的、烦扰的,甚至令人厌烦的伦理学问题。如果法官的这种理解是正确的,那么,每一位提供了"对预先形成的观点的理论性评论"而不是"科学调查结果"的心理学家,可能会被判决违反了心理学家伦理学原则的一些重要条款……

这些真的是非常重要的问题。如果实验心理学家的伦理学公正性与科学客观性开始受到质疑,那么他们提出的重要和可能有帮助的信息就可能被司法系统永远地忽视。这不仅不利于涉及问题的双方当事人之间法律争端的解决,而且也不利于一般意义上社会政策的改进。因此,社会科学家在为社会提供服务时,坚定地保持其原本的角色是十分必要的。

对于律师来说,激烈的辩护在道德上可能是必须的,但它也许与约束心理学家行为的伦理学原则产生直接的矛盾。社会科学家必须不断地了解自己的资料、解释和观点的真实性。这些资料、解释和观点将会在法庭的交叉检查中经受严酷的检验,检查的目的是摧毁它的可靠性,揭露存在偏见的证据。尽管这个过程的筛选可能会为法庭得出重要的和有意义的证词,但对于那些为一方辩护、表现出判断不当的辩护者的心理学家来说,它会导致高焦虑,而对以公平的方式呈现资料的谨慎的科学家来说,则不会导致如此高的焦虑。我并不是认为在法律争端中为某一方作证的行为不恰当,但是,在这么做的时候,心理学家应该表现出作为一名慎重、理性、细心的科学家所应有的审慎。

通过发表文章,与律师或法官合作,参与法院简报的起草,在立法委员会和行政机构面前提供证词,作为专家证人提供服务等方式,社会心理学家可以通过很多途径有效地影响公共政策……在科学和职业伦理学的领域,这些都是重要的甚至是决定性的角色。但是,如果实验心理学家想要受到法庭重视,不仅仅被当作试图让空谈理论的法官信服的数字占卦术者对待,他们就必须提供更多的服务于科学、符合特殊形势、有生态效度的客观资料,而不只是作为一个纯粹的辩护者。按照这种方式,法庭最终可能会不只是得出一个依法判决的结论,而是得出一个经得住诉讼和科学检验的、经验主义上合理的决策。

参考文献

Larry P. v. Riles, 343 F. Supp. 1306 (N. D. Cal. 1972) (order granting preliminary injunction) *aff'd* 502 F. 2d 963 (9th Cir., 1974); 495 F. Supp. 926 (N. D. Cal. 1979) *appeal docketed* No. 80-4027 (9th Cir., Jan. 17, 1980).

PASE v. Hannon, 506 F. Supp. 831 (N. D. Ill. 1980).

评论:

对大多数人观点最简洁的摘要可能来自 Adams, K. M., & Putnam, S. H. (1994). Coping with professional skeptics: Reply Faust. *Psychological Assessment*, 6, 5-7:

被传唤到法庭的心理学家最

好首先作为心理学家去行动，并且当法庭必须和想要心理学家的参与时，最好允许法庭逐渐发展成心理学家合法的场地。心理学家和律师是有着不同目的、文化和规则的专家，并且他们在认识论上，也采取不同的方式行动(p.6)。

我们在一个中间的立场，去考虑黑斯蒂(1986)的建议：

我想用一个具体的概念代替洛夫特斯的教师—鼓吹者分裂(teacher-advocate dichotomy)。我认为，心理学家应该扮演监督者的角色。

当心理学家根据科学的发现，公正地认为目击证人证词不可信，那么他或她应该在证人席上做出反驳目击证人的证明。如果其他任何一位专家不适当地采用科学发现驳斥目击证人的证词时，那么心理学家应该做出反驳专家的证词。我的监督者的概念意思是驳斥两个其他角色。心理学家不应该胆小羞怯，从不相信自己有充分的理由离开舒适的实验室，去挑战法庭中不可信任的目击证人或错误导向的专家。心理学家也不应该实施疯狂的攻击，去攻击法庭上出现的每一位证人(p.80)。

Hasie, R. (1986). Notes on the psychologist expert witness. *Law and Human Behavior*, *10*, 79-82.

虽然，在任何一个案例中，都会试图从当时公认的美国心理学会伦理学准则中寻求帮助，来解决辩护者—教育者角色之间的矛盾。到了20世纪80年代，法律界开始呼吁为进入法律领域的心理学家提供特殊的指导。

作为一种职业的心理学，必须为自己确定应用于司法评估的标准和质量水平。这么做最重要的原因是为了消费者和公众的利益。更进一步，每一个企业都知道，高水平的内部设置的标准和质量控制，对保证高质量生产、避免个人和团体负债十分重要。

美国心理学会第41分会和美国司法心理学委员会可以在这种标准的发展中发挥作用。这种标准不仅应该反映心理学专业人员的价值，而且应该反映普遍意义上的心理学研究者和科学心理学的价值。这是因为，在进入法庭时，实施司法评估的心理学家代表的是心理学——而不仅仅是司法临床心理学。更进一步，如同先前所指出的，进入法庭的实验心理学家的数量正在增加。他们面对了同样的关于对其证词的限制的问题(p.837)。

见 Grisso, T. (1987). The economic and scientific future of forensic psychological assessment. *American Psychologist*, *42*, 831-839.

四年后，这个呼吁得到了回应。

司法心理学家专业指导原则[1]



◎ 司法心理学家伦理指导委员会(Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists)

司法心理学家专业指导原则由美国心理学会第41分会和美国心理—法律协会的大多数成员投票通过,并且也由美国司法心理学会多数成员投票认可。1991年5月9日,美国心理学会第41分会以及美国心理—法律协会的执行委员会正式通过该指导原则。

以心理学家的伦理学原则(APA,1990)为依据,并试图与其保持一致的司法心理学家专业指导原则,用于为司法心理学家提供更多的专业指导,在其协助法庭、法律诉讼中的当事人和司法心理健康机构,以及协助立法机构工作时,指导他们的专业行为。指导原则最主要的目的是提高司法心理学家为个体委托人、法律系统服务的质量,从而使司法心理学晋级为一门学科和专业。司法心理学家专业指导原则代表了美国心理—法律协会和美国心理学会第41分会的联合声明,并由美国司法心理学会通过。该指导原则并不代表美国心理学会的官方声明。

在心理学的任何一个分支内(如,临床心理学、发展心理学、社会心理学、实验心理学),当心理学家按照惯例以专家的身份涉入,从事一些主要目的是为司法系统提供专业的心理学专家意见的活动时,该指导原则规定了对这类有志于从事司法活动的心理学家的专业训练模式。其中包括,临床司法检验者;受聘于矫正或司法心理健康系统的心理学家;为法律心理学问题提供与直接证词相关科学数据的研究者;准备法官判词摘要的心理学家;或以司法专家身份出现,与司法、诉讼或有判决权的行政机构协商,或在其面前提供证词的心理学家。那些只为法律系统提供专业服务,并不以司法专家的身份提供服务的个体,尤其是在涉及与司法专家相协商的工作中,会发现这些指导原则非常有帮助。

该指导原则涉及所需专业训练的模式,它可应用于为服务所做的广告或用来吸引委托人。在这个层面上,该指导原则试图避免错误的、欺骗性的广告或吸引方式,并且我们也应该以与这种意图相一致的方式去理解它。

---

〔1〕 引自Law and Human Behavior,15,655-665.由Springer1991年授权。已获得出版者的允许。脚注1和脚注2省略。

Ⅰ. 目的和范围

A. 目的

1. 作为一项普遍的规章制度，心理学道德实践的专业标准已经在美国心理学会的心理学家伦理学原则中进行了解释。这些伦理学原则并没有足够详细地涉及当前司法心理学家迫切需要的、所应具有的专业行为。没有任何指导原则会故意与任意一项心理学家伦理学原则相冲突；相反，正如上文所述，在司法心理学家实践的背景下，它们还会更加强调这些原则。

2. 该指导原则适用于全国范围，并试图与州法律和联邦法律保持一致。在司法心理学家认为法律的需求与指导原则相冲突的情况下，解决这些冲突的尝试应该按照这些指导原则[Ⅳ(G)]和心理学家伦理学原则里提出的程序进行。

B. 范围

1. 指导原则详细列出了在心理学的任何一个分支内（如，临床心理学、发展心理学、社会心理学、实验心理学），当经常以司法心理学家的身份涉入时，司法心理学家所应有的专业训练的性质。

a. “心理学家”是指专业活动被美国心理学会界定、被州注册或特许的头衔规定为心理学实践的个体。

b. “司法心理学”是指所有形式的专业心理学行为。心理学专家在明确的法律心理学问题上，用事先了解的理论和事实，直接协助法庭、法律诉讼程序中的当事人、矫正和司法心理健康机构以及有裁决权的行政的、司法的和立法的机构。

c. “司法心理学家”是指经常从事如Ⅰ(B)(1)(b)中界定的司法心理学实践的心理学家。

2. 当心理学家没有被告知，他们所提供的服务将会用于上述界定中的司法心理学服务时，心理学家被要求提供专业心理学服务，那么，该指导原则不能应用于这样的心理学家。然而，在心理学家准备为司法环境里交流心理学资料的经验时，这个指导原则会很有帮助。

3. 不属于Ⅰ(B)(1)(c)中所界定的司法心理学家，但偶尔提供有限的司法心理学服务的心理学家，在准备和呈现他们的专业服务时，会发现该指导原则非常有帮助。

C. 相关标准

1. 司法心理学家在从事专业活动时，也会与心理学家伦理学原则，以及可应用于与其专业活动相关的特殊分支学科或实践领域的美国心理学会其他各种陈述保持一致。

2. 其他相关的“专家职业机构”的实践标准和道德指导原则也包含可以提供帮助的指导，即使心理学家优先遵循了当前这个指导原则，也应该对它们进行参考。

Ⅱ. 职责

A. 司法心理学家在提供帮助时，有责任与其专业的最高标准保持一致。他们要对自己的行为以及他们直接管理的个体的行为负责。

B. 司法心理学家应努力确保其服务和服务的产品以正当和可靠的方式被利用。

Ⅲ. 资格

A. 司法心理学家只能在自己具有专业知识、技能、经验和教育的领域提供服务。

B. 司法心理学家有责任在有关自己所要作证的特殊事件上，向法庭说明自己能力的限制、自己作为专家的资格的事实基础（知识、技能、经验、训练和教育），及其专家资格的事实基础在处理案件的特殊问题上的适当性。

C. 司法心理学家有责任对指导其以专家身份参与法律诉讼的法律的和专业的标准，具备基本的和合理水平的认识和理解。

D. 司法心理学家有责任掌握其参与的法律诉讼程序中当事人的民事权利，并采用不损害或威胁这些权利的方式从事专业行为。

E. 司法心理学家认识到自己的个人价值、道德信念，或与法律诉讼程序中当事人的个人和专业的关系可能会干扰自己适当地进行实践的能力。在这种情况下，司法心理学家有责任减少参与，或以与专业职责相一致的方式减少自己的帮助。

Ⅳ. 关系

A. 在与寻求服务的当事人的法律代表进行最初的协商时，司法心理学家有责任告知当事人那些可能会对是否与司法心理学家签约产生适度影响的因素。这些因素包括但不局限于以下几条：

a. 预期的专业服务的费用构成；

b. 先前和当前的个人或专业的活动、责任以及可能会产生利益冲突的关系；

c. 司法心理学家的胜任领域和能力的限制；

d. 司法心理学家使用的方法和程序的、已知的科学基础和局限，以及他们使用这些方法和程序的资格。

B. 当司法心理学家提供的服务涉及向法庭或行政机构提供专家证词时，或当要求心理学家做出将要被第三方当事人作为依据的主张或陈述时，司法心理学家不能根据“成功酬金”（指如胜诉付给律师的酬金——译者注）向法律诉讼程序的当事人提供专业服务。

C. 从服务费中获得其大部分收入的司法心理学家，在公共利益或委托人利益可能会由于经济来源不足而受到限制的情况下，应该无偿地提供一部分专业服务，或降低基本费用。

D. 司法心理学家认识到在与法律诉讼当事人的双重关系中存在潜在的利益冲突，他们应试图减少自己的影响。

a. 如果司法心理学家与法律诉讼当事人有着与预期关系不一致的、个人或专业的关系，那么，司法心理学家应避免为当事人提供专业的服务。

b. 当需要向法律诉讼程序中的一方当事人同时提供评估和治疗的服务时（如在小的司法医疗机构或社区中可能出现的情况），司法心理学家应采取合理的措施去减少这些环境对当事人权利、保密性以及治疗和评估程序产生的潜在的消极影响。

E. 司法心理学家有责任告知未来的委托人关于未来司法服务的合法权利、评估的目的、使用程序的种类、服务结果的可能用途，以及聘请司法心理学家的当事人的身份。

a. 除非法庭已下达命令可以不考虑当事人的知情同意，司法心理学家在进行这样的评估和程序之前，应该获得委托人、当事人或他们的法律代表的知情同意。如果委托人在完全得知司法评估的目的、方法以及预期的用途之后，不愿意进行评估，那么，评估就应该被推迟，并且心理学家应该设法让委托人与其律师获得联系，从而获得在该问题上的法律建议。

b. 在委托人或当事人可能没有能力按照法庭规定提供对服务或评估的知情同意的情况下，司法心理学家在评估之前，应该向委托人的法律代表提供适当的关于预期进行的司法评估性质的说明。如果委托人的法律代表反对进行评估，那么，司法心理学家应该通知法庭，发出命令和回应作为指导。

c. 在司法心理学家将评估及评估工作结果的可能用途告知临床司法评估的对象后，如果委托人或委托人的法律代表没有表示放弃利用这些评估工作的结果，心理学家则不能将评估工作的结果应用于其他用途。

F. 当司法心理学家涉入委托人或法律诉讼程序中的当事人提供经济支持的研究或学术活动时，或当心理学家无偿提供这些服务时，心理学家应说明该研究或学术成果预期的更多用途，揭示心理学家在得出研究结果或学术结果过程中扮演的角色，并取得法律或专业标准所需要的任何批准或协定。

G. 当司法心理学家的专业标准与法律标准的要求、特别法庭、法庭官员或法律权威的指示之间出现矛盾时，司法心理学家有责任让这些法律权威得知冲突的来源，并采取适当的措施去解决冲突。这些措施包括但不局限于：与司法专家同僚进行协商，获得独立讨论的建议，以及直接与相关的法律代表进行商议。

V. 保密性与特权

A. 司法心理学家有责任掌握可能会影响或限制其服务或服务结果的保密性或特权的法律标准，并且，他们应该以尊重这些已知的权利和特权的方式从事专业活动。

a. 司法心理学家应建立并维持一个档案保管和专业交流的系统，来维护委托人的特权。

b. 司法心理学家对记录和信息进行主动的掌控，只能按照法定需求、法庭规定

或当事人的同意公开信息。

B. 司法心理学家通过向委托人提供对其权利、特权以及保密的局限性的可理解的陈述，来告知他们的委托人其服务和服务结果保密性的局限（又见指导原则 IV [E]）。

C. 在委托人或当事人保密性的权利受到限制的情况下，司法心理学家应尽最大努力对任何不直接与评估的法律目的相关的信息进行保密。

D. 司法心理学家向委托人或其权威的法律代表提供获得档案中信息的途径、以及对这些信息的有意义的解释，这与现有的联邦和州法令是一致的，这些现有的法令包括心理学家伦理学原则，教育和心理测验的标准，以及制度准则和规定。

Ⅵ. 方法与程序

A. 由于具有法庭专家的特殊身份，司法心理学家有责任在其声称具有能力的领域，掌握科学、专业和法律知识的发展现状。同时，司法心理学家也有责任依照可接受的临床和科学的标准，在选择资料搜集方式以及选择评估、治疗和咨询、或学术/实证研究的程序时，利用这些知识。

B. 司法心理学家有责任提供并准备好那些可利用的、经得起法庭规则或证据法验证的、构成其证据或服务基础的全部资料。应用于这些文件或记录的标准，期望这些文件的细节及质量都经得起合理的司法检查；这个标准要高于一般临床实践的常规标准。当司法心理学家进行一项检查或对法律诉讼中的当事人进行治疗时，他们事先知道自己的专业服务将会用于有判决权的法庭，司法心理学家便有了一项特殊的职责，即在相应的情况下提供最恰当的文件。

a. 作为证据基础的文件资料要遵照获得资料的司法权运作中的发现、揭示、保密以及特权的标准规则。司法心理学家有责任掌握这些规则，并按照这些规则规范自己的行为。

b. 在司法心理学家得知或有合理的依据得知其数据和由此派生的证据可能会参与法律的相关判决时，他们就开始履行对构成其证据基础的数据文件的责任和义务。

C. 在提供司法心理学服务时，司法心理学家应特别注意避免对其方法、程序及结果造成的不适当影响，例如，可能会受到来源于法律诉讼中当事人经济补偿或其他利益的不良影响。作为从事评估、治疗、咨询或学术/实证研究的专家，司法心理学家应该通过从所有可能的角度检验当前的问题，积极地寻求对可能正确的竞争假设进行差异性检验的信息，来维持专业的公正性。

D. 除了个体依法决定在适当情况下司法心理学家可以处理其陈述文件外，司法心理学家不能先于个体的律师代表，向被告或法律诉讼程序中的任何一方当事人或将要成为法律诉讼的当事人提供专业司法服务。当司法服务是依照法庭规则进行的，并且委托人没有律师代表时，司法心理学家应在提供服务之前，做出适当努力让法庭了解情况。

a. 在有合理的根据相信应急心理健康服务对保护和改进被告的心理健康十分必要，以及不能提供这样的服务会面临对被告或其他成员造成伤害的危险的情况

下，司法心理学家可以在法庭命令或代理律师的委派之前，向未经审判的被告提供应急心理健康服务。然而，在提供这样的服务时，司法心理学家要试图以与应急情形的需要相协调的方式通知被告的代理律师。

b. 除非心理学家与被告的应急治疗关系是不可避免的[IV(D)(2)]，否则，提供这些应急心理健康服务的司法心理学家就应该试图避免向被告提供进一步的专业司法服务。

E. 只有在首先获得相关合法当事人的同意，或作为按照法庭命令进行司法评估的结果时，司法心理学家才可以从第三方当事人、先前资料或其他来源中搜集资料。

F. 对于传闻的异议以及其他掌控专家证词的规则在自己身上施加了特殊的道德压力，司法心理学家是知道的。当传闻或其他不被接纳的证据构成其意见、证据或专业成果的基础时，司法心理学家应试图减少单独依赖于这些证据。在环境允许的情况下，司法心理学家应试图对以传闻为基础的资料进行独立的检验，并以此作为向法庭或法律诉讼当事人提供的专业服务的一部分。

a. 由于使用的资料很多是以传闻的形式，司法心理学家试图去确证那些构成其专业成果基础的关键资料。当使用那些尚未被确证、但却十分有价值的传闻资料时，司法心理学家有责任去坦白承认这些资料未经证实，并解释依赖于这些资料的原因。

b. 关于证据的类型，司法心理学家应避免提供这一类信息，即来源于不直接与其专业服务的法律用途相关，以及不能为其服务结果、证据或证词提供重要支持的研究或评估中的信息，除非法律要求呈现这些信息。

c. 当司法心理学家依赖的资料或信息是由他人收集的，在任何专业成果中，这些资料的来源都应该被说明。此外，司法心理学家还负有特殊的责任，即如果要以这些资料作为依据，那么，他们应确保这些资料是以符合专业标准的方式获得的。

G. 司法心理学家应认识到，除了被告提供证词的有关心理条件的问题之外，如果没有当事人准许，被告在任何(司法的)检查中做出的任何陈述，以这种陈述为基础的专家证词，或陈述的其他成果，都不能成为刑事程序中对抗被告的证据。司法心理学家有明确的职责去保证其书面文章和口头证词符合联邦程序规则(12.2[c])，或相应的州立条款。

a. 因为司法心理学家经常不能够确认什么样的证据、文件或书面文章的某些部分可以成为或可以帮助促成“陈述的成果”，在被告做出自己的心理状态的声明之前，或在被告引入关于心理条件的证词之前，司法心理学家在准备报告或提供证词时，应该保持高度的警惕。与州法律或联邦法律的报告需求相一致，司法心理学家应避免从被告那里获得有关其犯罪期间状态的陈述。

b. 如果被告已经在联邦程序规则12.2(c)或其相应的州法律的规则内“引入”心理状态的证据或证词，一旦被告进入审判期，而所有审判前的心理健康问题，如能力问题，都已经被解决，司法心理学家就可以在其报告或证词中包含任何被告提供的、与支持其专家证词直接相关的陈述。

H. 当没有机会对个体进行足够覆盖将要讨论的陈述、意见或结论的检查时，司法心理学家应避免提供关于特殊个体心理特征的书面或口头证词。司法心理学家

应尽努力去进行这样的检查。当不可能做这样的检查,或做这样的检查不切实际时,司法心理学家应对其专业成果、证据或证词的信度和效度局限性产生的影响进行解释。

Ⅶ.公共和专业的交流

A. 考虑到交流的各种接受者的独特的特征、角色和能力,司法心理学家应做出应有的努力,来确定其服务的产品、公开陈述和专业证词,通过一种可以促进理解、避免欺骗的方式得到交流。

a. 司法心理学家应采取合理措施,纠正对其专业成果、证据,以及证词的误用或错误表达。

b. 司法心理学家应以一种与揭露测验结果、资料的解释以及结论的事实基础的专业的和合理的标准相一致的方式,向委托人提供有关专业工作的信息。对测验结果和结论基础的全面解释应该以委托人可以理解的语言呈现。

①当向不够资格对测验结果和资料进行解释的第三方透露关于委托人的信息时,司法心理学家应依照教育和心理测验标准的第16项原则。当需要向非心理学家的个体呈现结果时,应尽量保证维持测验的安全性,并限制那些对资料有合法和专业兴趣的个体接近资料。其他依照法律规则要求获得资料的、有资格的心理健康专家,被定义为"有合法和专业兴趣的个体"。

②在提供记录和原始数据时,司法心理学家应采取合理的措施,保证接收方获知可信和有效的信息,原始分数必须由有资格的专家进行解释。

B. 司法心理学家认识到,他们作为"法庭的专家"或"代表专业的专家"的公共角色赋予了自己一种特殊的责任,即要确保自己公开陈述的公正性和准确性。在对其他专家给诉讼当事人的专业工作成果或资格进行评估或评论时,司法心理学家应呈现自己对其他专家或当事人的资料、理论、标准以及观点进行公平和准确评估的不同意见。

C. 通常,司法心理学家应避免做出关于自己涉入的特殊法律诉讼程序的详细公开陈述(法庭外)。当十分有必要这样做时,这样的公开陈述应该被设计为可以保证准确地代表其角色或证词,而并不是为司法诉讼程序的当事人进行辩护。司法心理学家只能在其所依赖的信息是公开记录的一部分的情况下,或在获得当事人允许这种做法的情况下,在公开的陈述或交流中对特殊的法律诉讼程序进行解释。

D. 在作证时,司法心理学家有责任以公正的方式,向法律诉讼程序中的所有当事人呈现自己的发现、结论、证据或其他专业成果。这条原则并不排斥对资料和推论进行有说服力地陈述,这些资料和推论正是做出结论和专业成果的基础。然而,它却排除了这样一种尝试,即司法心理学家无论是主动还是被动地涉入有偏见的曲解或错误陈述。司法心理学家不能因为被委任或因为失职,参与到错误呈现证词的活动中,也不能有偏见地试图阻止、否认或暗中破坏与其自身立场相反的证据的呈现。

E. 司法心理学家,应按照自己的能力和发现规则,主动地透露其专业服务过程中获得信息的所有来源。他们主动地透露信息,这些信息资源被用于阐明特殊的书

面报告或口头证词。

F. 司法心理学家认识到自己作为法庭专家的本质角色，是帮助事实的探究者去理解证词，或帮助其判断案件中的真相。在提供专家证词时，他们意识到自己的专业观察、推论以及结论必须与法律的事实、观点以及结论相区别。司法心理学家应做好准备去解释其专家证词与当前案件中的法律问题及真相之间的关系。

评论：

目前，专业指导原则正在进行修订，修订过程结束后，一个更为先进的版本将会出版。

如果有一种问题最容易使专家被指控为“雇佣枪手”，那一定是对离异父母争夺抚养权案件中儿童的评估。在这种案件中，无能、多重关系、角色冲突以及有偏见辩护的影响最为严重。除非这些争端被合理地解决，否则，总会有父母认为临床医生的建议侵害了自己的权利。因此，“从一个风险处理的角度看，儿童抚养权案件评估中的误解使评估者面对严重的风险。与其他司法评估的评估者相比，他们要经受更多的抱怨和投诉”（出处省略）（p. 446）。见 Connell, M.（2006）. Notification of purpose in custody evaluation: Informing the parties and their counsel. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 446-451。

如卡尔斯和巴里（1985）所指出，在儿童抚养权案件中，“评估者经常会面对伦理学危险，如……超出对抚养权安排提出的、研究可支持的建议的界限［并未能］……避免对抗性评估者的角色”（p. 83）。见 Karras, D., & Berry, K. K.（1985）. Custody evaluations: A critical review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 76-85。又见 Brodzinsky, D.（1993）. On the use and misuse of psychological testing in child custody evaluations. *Professional Psychology: Research and Pracice*, 24, 213-219。事实上，最近有人提出心理学家应该避免提供有关抚养权判决的建议，因为他们没有资格这样做。见 Wittman, J., & Tippins, T.（2005）. Empirical and ethical problems with custody recommendations: A call for clinical humility and judicial vigilance. *Family Court Review*, 43, 193-222。

尽管如此，心理学家仍然是抚养权争端案件中的主要司法评估者。因此，存在这样的共识，即美国心理学会有必要对由儿童抚养权评估引起的伦理学问题做出制度上的反应，从而减少父母提出的伦理学投诉的数量，并借此教育其成员。因此，美国心理学会建立了如下公文，并且现已成为其政策。

离婚诉讼中儿童监护评估的指导原则[1]



◎ 美国心理学会(APA)

这些指导原则是由专业实践和标准委员会起草,同时接受了儿童、青少年和家庭委员会的帮助,专业实践和标准委员会是一个处理专业事宜的委员会。在 1994 年 2 月,这些指导原则被美国心理学会的代表理事会所采纳。

引 言

关于儿童监护及其他双亲纠纷的判决会出现在几种不同的法律背景中,包括父母离异、监护、忽视或虐待的诉讼,以及父母权利的终止。下面的指导原则是为进行儿童监护评估的心理学家而制定,尤其适用于父母离异背景下的案件。这些指导原则建立在美国心理学会心理学家伦理学原则和行为规范(APA,1992)的基础之上,并且有很强的目的性。作为指导原则,它并不是想要施加命令,也并不是极其详尽的。该指导原则的目的是为了提升进行儿童监护评估时使用心理学专家意见的熟练程度。

父母离异需要将父母对子女的权利和责任进行重构。如果父母同意重构的安排,那么就不存在法庭需要裁定的争端,而在很大比例(90%)的离异监护案件中都是这样(Melton,Petrila,Poythress, & Slobogin,1987)。然而,如果父母意见不能达成一致,法庭必须帮助做出每一位父母对子女的决策权和身体接触的有关安排。通常,法庭在做出权利和责任的判决时,会应用到“儿童的最大利益(best interest of the child)”的标准。

通过在评估儿童的最大利益过程中提供适当的、客观的、无倾向性的信息,在进行儿童监护评估时对指导和目的进行详细的说明,合乎伦理学原则地展示自己的角色,清楚地向所有相关人员解释评估的性质和范围,心理学家向儿童和法庭提供了一项重要的服务。美国心理学会的道德委员会曾表示,心理学家涉入监护争端有时会引发滥用心理学家影响的问题,有时会导致对心理学家的投诉,并引起美国心理学会道德委员会的注意(APA Ethics Committee,1985;Hall & Hare-Mustin,1983;Keith-Spiegel & Koocher,1985;Mills,1984),或引起法律、司法文献中提到的问题

[1] 引自 American Psychologist,49,677-680. 由美国心理学会于 1994 年赋予版权。

(Grisso, 1986; Melton et al., 1987; Mnookin, 1975; Ochroch, 1982; Okpaku, 1976; Weithorn, 1987)。

儿童监护评估需要特殊的能力和知识,来为法庭提供充分和适当的心理学服务。父母离异背景下儿童监护评估的工作更是一项要求极高的任务。参与这种充满紧张和焦虑的过程,对于相互竞争的父母来说,赌注是很高的。而心理学家/评估者的压力也非常大。当案件中涉及对虐待儿童、忽视以及家庭暴力的控诉时,则更加重了儿童监护评估所要承受的压力。

心理学家处于为儿童监护判决提供重要贡献的位置。通过儿童监护评估获得的心理学资料和专家意见,可以提供信息的另外来源和另外一种视角——在保证儿童最大利益的前提下被法庭采用,因此可以提高法庭判决的公平性。

离婚诉讼中儿童监护评价指导原则

Ⅰ.定位指导:儿童监护评估的目的

1. 评估的主要目的是为了对儿童的心理最为有利。在儿童监护评估中主要考虑的是对影响儿童心理的个体和家庭因素进行评估。法庭可能会提出更特殊的问题。

2. 儿童的利益和福利是最为重要的。在儿童监护评估中,儿童的利益和福利是最为重要的。父母争夺监护权或其他权利,可能出于很多合理的考虑,但儿童的最大利益应该是最为重要的。

3. 评估的焦点是抚养能力,儿童心理和发展的需要,以及诉讼结果的适合性。在考虑影响儿童心理的因素时,心理学家关注的是未来监护者的抚养能力以及每一位相关儿童的心理和发展的需要。这涉及(1)对成人的抚养能力进行评估,包括表现出什么样的知识、品质、技能和能力以及缺点;(2)对每一位儿童的心理功能和发展需要、以及每一位儿童希望自己得到的对待进行评估;(3)对每一位父母满足这些需要的能力进行评估,包括对每一位父母与儿童之间的交流进行评估。

父母关于抚养的信念,为儿童未来需要进行计划的能力,提供一个稳定而友爱的家庭的能力,以及实施可能对儿童产生消极影响的不适当行为和不正当行为的可能性,也都需要考虑。精神病理学可能与这样的评估相关,它对儿童或抚养能力都会产生影响,但并不是主要的关注点。

Ⅱ.一般指导:为儿童监护评估做准备

1. 心理学家的角色是努力维持客观、公正姿态的专家。心理学家的角色是作为一名职业的专家。心理学家并不是要扮演法官,将法律应用于所有相关的证据并做出最终的判决。心理学家也不是要扮演辩护律师,尽力呈现他/她的委托人最可能获胜的案例。心理学家以一种和谐、公正的方式,告知并建议法庭和未来的儿童监护者在监护问题上相关的心理学因素。无论是受雇于法庭还是受雇于诉讼的某一方当事人,心理学家都应该非常公正。如果心理学家和委托人都不能接受这种中立的角色,心理学家则应该考虑不再参与案件。如果不允许离开,心理学家应公开说

明过去担任的社会角色以及其他可能影响公正性的因素。

2. 心理学家要增强特殊的能力。

（1）试图进行儿童监护评估的心理学家知道从事这样的评估需要特殊的能力和知识。对儿童、成人以及家庭成员进行心理学评估的能力是必要但非充分条件。教育、训练、经验，以及对儿童和家庭发展领域进行的管理，儿童和家庭心理学，以及离婚对儿童产生的影响，都会帮助心理学家为适当地参与儿童监护评估做好准备。心理学家也应尽力熟知可应用的法律标准和程序，包括在其所在州或司法管辖权内，掌控离婚和监管判决的法律。

（2）在选择资料收集方法和程序时，心理学家应与可接受的临床和科学标准相一致，使用科学和专业发展的最新知识。在应用心理测验和其他评估工具时，应该遵守教育和心理测验标准（APA，1985）。

（3）在进行儿童监护评估的过程中，可能会发生对儿童虐待、忽视、家庭暴力以及其他问题的控诉，而这些都可能超出专业评估者的经验范围。如果出现了这样的情况，心理学家应该寻求儿童虐待、忽视及家庭暴力案件中其他的咨询、管理、特殊知识、训练或经验，来解决这些复杂的问题。心理学家应熟知他/她所在州关于儿童虐待、忽视、家庭暴力的法律。

3. 心理学家应意识到个人和社会的偏见，并进行无偏见的实践。从事儿童监护评估的心理学家，应认识到关于年龄、性别、种族、种族地位、国籍、宗教、性取向、无能、语言、文化以及社会经济地位会干扰客观的评估和建议。心理学家应认识到并努力克服这样的偏见，或不参与评估。

4. 心理学家应避免多重关系。一般来说，心理学家应避免在这样的案件中提供儿童监护评估：即心理学家为儿童或其直系亲属提供治疗服务，或有其他危及心理学家客观性的关系。然而，这并不排斥心理学家在案件中以事实见证者的身份对有关儿童治疗的问题提供证明。此外，在儿童监护评估的过程中，心理学家也不能接受评估参与者以治疗来访者的身份寻求治疗。与涉入儿童监护评估的儿童或其他参与者有关的治疗应该谨慎地进行。

被邀请为涉入儿童监护案件中的治疗来访者作证的心理学家，应该知道这样的角色内在的局限和可能存在的偏见，以及可能对以后的治疗关系产生的影响。尽管法庭可能会要求心理学家作为事实证人为真实的信息作证，但是，心理学家应该知道在与来访者之间的职业关系中，如果法庭没有明确要求，应婉言谢绝作为为监护和探望问题提供专业意见的专家证人的角色（见伦理标准 7.03）。

Ⅲ. 程序上的指导：如何进行儿童监护评估

1. 评估者以所涉及问题的性质为基础，决定评估的范围。与监护相关的评估的范围，是由申请人或法官提出的问题或事件的性质所决定，或是情境中固有的。尽管全面的儿童监护评估一般需要对所有的家长或监护人以及儿童进行评估，并对他们之间的关系进行观察，但是，特殊案件中评估的范围也可能被限定在评估一位家长的抚养能力，而不去对父母进行比较或提供建议。同样，范围也可能被限定在只对儿童进行评估。或者，心理学家可能会被要求对另外一位心理健康专家的评估假设和方法论进行批评。心理学家也可能在儿童发展领域作为专家证人提供服务，向

法庭提供专家意见，而不是特别针对涉入案件的当事人。

2. 心理学家应取得所有成人参与者的知情同意，如果条件允许，也应让儿童参与者知情。在进行儿童监护评估时，心理学家应保证每一位成人参与者得知：(1)评估的目的、性质、和方法；(2)谁邀请心理学家提供服务；(3)谁会为服务付费。心理学家应告知成人参与者有关评估工具和技术的性质，并告知其对收集到的资料的可能处置。如果条件适当，心理学家也可以在儿童可理解的程度上，将这些信息提供给儿童参与者。

3. 心理学家应告知参与者保密的局限性，以及信息的公开。进行儿童监护评估的心理学家应该保证参与者，在可行的程度上也包括儿童，清楚保密的局限性构成了与心理学家之间的专业关系。心理学家应告知那些同意进行评估的参与者，既然他们同意了进行评估，也就是同意了在即将进行的诉讼或法庭认为必要的其他诉讼程序背景中公开评估结果。心理学家应该从所有的成人参与者，或从权威的法律代表那里获得其放弃对结果保密的说明。

4. 心理学家使用多种方法收集资料。心理学家力求用最合适、最可行的方法来解决特殊儿童监护评估中出现的问题，并且一般会使用多种收集资料的方法，包括但不局限于：临床面谈、观察法、心理评估。当重要的事实或意见的信度受到质疑时，应至少从两方面的原始资料对其进行证明。例如，心理学家可能会对潜在相关的报告进行回顾（如，来自学校、卫生保健提供者、儿童保健提供者、代理人和机构中的报告）。当信息可能会提供帮助时，心理学家还可能与其他家庭成员、朋友，及其他个体面谈。如果信息是从重要的第三方那里获得，并且可能会被当作结论的基础，在条件允许并适当的情况下，心理学家应该采用另外可用的至少一种原始资料来证明它，并在报告中对此加以说明。

5. 心理学家不能对临床数据或评估数据做出过度解释或不适当的解释。心理学家做出的结论要有足够的数据支持。心理学家应谨慎并适当地对从面谈或测验中得出的数据，以及数据信度和效度上存在的任何问题进行解释，并考虑会聚效度。心理学家也应该向法庭承认所使用的方法或数据的局限。

6. 心理学家不能给出没有接受个别评估的个体的心理功能的意见。然而，只要对信息基础的局限性进行说明，这个指导原则，并不排斥心理学家对被评估的个体（如父母或儿童）所声明过的信息进行报告，也不排除对假设疑问的理论问题进行解释。

7. 如果要做出建议，建议应该建立在儿童最大心理利益的基础之上。尽管学界尚未对心理学家是否应该对法庭的最终监护判决提供建议达成共识，心理学家还是有责任掌握对问题双方观点进行的论证，并应该能够对有关自己实践立场的思维方式提供解释。

如果在特殊的案件中，心理学家选择去提供监护建议，那么，这些建议应该来源于充分的心理学资料，并且必须以儿童的最大利益为基础。建议应该建立在表达清楚的假设、数据、解释以及推论的基础之上，而这些假设、数据、解释和推论都应该以确定的专业和科学的标准为基础。心理学家应避免在特殊案件中根据自己的偏见或无支持的观念提供建议。

8. 心理学家应清楚说明经费安排。在开始进行儿童监护评估之前，就应该说明

经费安排并达成一致的意见。当为儿童监护评估列账单时，心理学家不能出于补偿的目的虚假陈述自己的服务。

9. 心理学家应保留书面记录。在进行儿童监护评估过程中获得的所有记录应当被适当地保留，并按照美国心理学会记录保管指导（APA，1993）及相关的法规进行归档。

考虑到可能会被其他心理学家或法庭复查，如果法律允许，应该记录所有的原始资料和面谈信息。根据要求，可以向法庭提供适当的报告。

参考文献

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

American Psychological Association. (1993). *Record keeping guidelines*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association: Ethics Committee. (1985). *Annual report of the American Psychological Association Ethics Committee*. Washington, DC: Author.

Grisso, T. (1986). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum.

Hall, J. E., & Hare-Mustin, R. T. (1983). Sanctions and the diversity of ethical complaints against psychologists. *American Psychologist*, *38*, 714-729.

Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. P. (1985). *Ethics in psychology*. New York: Random House.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (1987). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*. New York: Guilford Press.

Mills, D. H. (1984). Ethics education and adjudication within psychology. *American Psychologist*, *39*, 669-675.

Mnookin, R. H. (1975). Child-custody adjudication: Judicial functions in the face of indeterminacy. *Law and Contemporary Problems*, *39*, 226-293.

Ochroch, R. (1982, August). *Ethical pitfalls in child custody evaluations*. Paper presented at the 90th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

Okpaku, S. (1976). Psychology: Impediment or aid in child custody cases? *Rutgers Law Review*, *29*, 1117-1153.

Weithorn, L. A. (Ed.). (1987). *Psychology and child custody determinations: Knowledge, roles, and expertise*. Lincoln: University of Nebraska Press.

评论：

显然，并不是所有的司法临床学家在进行监护评估时都会遵循该指导原则。对美国中西部一个州立法院的这种评估内容进行的分析发现，在指导原则与临床实践中缺乏一致性。见 Horvath, L., Logan, T., & Walker, R. (2002). Child custody cases: A content analysis of evaluations in practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 557-565。

尽管指导原则特别指出它是极度被需要的，并且它的目的并不是施加命令，但是至少有两个州，即西弗吉尼亚州和佛罗里达州，已经通过了法律，即当其评估与指导原则相一致时，提供心理学家对错误实践控诉的豁免权。但并没有迹象表明，遵循这些指导原则就可以使评估者远离伦理的投诉。

对怀疑是忽视和虐待受害人的儿童评估的参照的指导原则，已被美国心理学会政策所采纳。见 American Psychological Association Committee on

Professional Practice and Standards. (1998). Guidelines for psychological evaluations in child protection matters. *American Psychologist*, 54, 586-593。举一个可能会对评估性虐待案件提供帮助的例子，见 Bow, J., Quinnell, F., Zaroff, M., & Assemany, A. (2002). Assessment of sexual abuse allegations in child custody cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 566-575。

儿童监护评估并不是唯一一个充满伦理学争议的领域。司法心理学家必须在所有的评估环境中都考虑到这些问题。见如下：

Archer, R. A. (Ed.). (2003). Editor's introduction to a special issue on the topic of forensic assessment [Special issue]. *Assessment*, 10(4).

Butcher, J., & Pope, K. (1993). Seven issues in conducting forensic assessments: Ethical responsibilities in light of new standards and new tests. *Ethics & Behavior*, 3, 267-288. (*focusing on versions of the MMPI*).

Christy, A., Douglas, K. S., Otto, R. K., & Petrila, J. (2004). Juveniles evaluated incompetent to proceed: Characteristics and quality of mental health professionals' evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 380-388.

Goldstein, A. M. (2007). *Forensic psychology: Toward a standard of care. In A. M. Goldstein (Ed.)*, Forensic Psychology (pp. 3-41). New York: Wiley.

Grote, G. L., & Parsons, T. D. (2005). Threats to the livelihood of the forensic neuropsychological practice: Avoiding ethical misconduct. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 3, 79-93.

Guilmette, T., & Hagen, L. (1997). The ethical neuropsychologist/courting the clinical: Ethical considerations in forensic neuropsychological consultation. *The Clinical Neuropsychhologist*, 11, 287-290.

Haag, A. M. (2006). Ethical dilemmas faced by correctional psychologists in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 33, 93-109.

Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Knapp, S., & VandeCreek, L. (2001). Ethical issues in personality assessment in forensic psychology. *Journal of Personality Assessment*, 77, 242-254.

Lipsitt, P. D. (2007). *Ethics and forensic psychological practice. In A. M. Goldstein (Ed.)*, Forensic Psychology (pp. 171-189). New York: Wiley.

Malina, A. C., Nelson, N. W., & Sweet, J. J. (2005). Framing the relationships in forensic neuropsychology: Ethical issues. *Journal of Forensic Neruopsychology*, 4, 21-44.

一个对司法临床心理学家面对的复杂案件进行的精彩、综合分析的例子，见 Heilburn, K., Marczyk, G., & DeMatteo, D. (2002). *Forensic mental health assessment: A casebook.* New York: Oxford University Press。

法伊弗和布里格姆(1993)对37名学术司法心理学家进行了调查，来确定他们在诉讼的审判前阶段进行的咨询中、或在审判过程中作为专家遇到的伦理学问题。每一位作答者都报告说自己从未"通过查阅美国心理学会伦理学原则或[司法心理学家伦理学指导原则委员会]专业指导原则，解决自己当前面对的伦理困境"(pp. 341-342)。见 Pfeifer, J. E., & Brigham, J. C. (1993). Ethical concerns of nonclinical forensic witnesses and consultants. *Ethics & Behavior*, 3, 329-343。很多作答者建议，

伦理冲突应该通过个人选择、信念和价值得到解决。对于这两个为以专家身份提供服务的科学家提供指导的文件的效用，这样的发现又能说明什么呢？

即便心理学家按照伦理标准行事，但如同赛尔斯和西蒙（Sales & Simon，1993）所指出，“仅凭这些非常基本的伦理文件，并不能明确地解决专家在法庭中可能遇到的所有困难和问题”（pp. 244-245）。见 Sales, B., & Simon, L. (1993). Institutional constraints on the ethics of expert testimony, *Ethics & Behavior*, 3, 231-249。

司法心理学家，如同那些提供治疗的同僚一样，面临着关于双重关系的重要问题：

> 司法服务的提供者必须清楚检查者、治疗专家与咨询者的心理学角色之间的潜在矛盾，专家证人与事实证人法律角色之间的潜在矛盾，以及委托人的辩护者和专家意见的提供者角色之间的潜在矛盾，也必须对这些矛盾非常敏感。
>
> 鉴别谁是委托人，在判断要提供什么样的服务，谁可以接触资料，什么样的信息应该保密，心理学家应做出何种结论，心理学家要向谁报告，以及谁应为服务付费等问题上，会起到重要作用。

Perrin, G., & Sales, B. (1994). Forensic standards in the American Psychological Association ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 376-382。标准 3.05c 提供了一些指导，但问题要比标准中预期的更加复杂。其中的一些复杂性将在下部分材料中进行解释。

治疗角色与司法角色间不可调和的冲突[1]



⊙ 斯图尔特·A. 格林伯格、丹尼尔·W. 舒曼(Stuart A. Greenberg and Daniel W. Shuman)

心理学家、精神病学家以及其他心理健康专家越来越多地以司法专家的身份代表其来访者的利益参与到诉讼程序之中……这种实践会导致双重角色关系,并且通常会给来访者、法庭以及临床医生带来不良后果。

……

本文将治疗的临床学家作为健康提供者的角色与司法评估者作为法庭专家的角色进行对比,指出了在同一案件中扮演着两种角色的诱惑,对存在的内在问题进行解释,并对强烈反对涉入两种角色的原因进行了论述,探讨了禁止扮演双重角色行为的伦理学规则,以及对这种困境的法律和专业的反应。这里所探讨的特殊问题,是那些向来访者—诉讼人提供临床评估或治疗的心理学家和精神病学家,以及同时或相继地尝试以司法专家的身份为民事诉讼中的来访者提供服务的个体遇到的问题。

专家个人可能以事实证人或专家证人的身份提供证明,专家证人包括两种类型,即:治疗专家和司法专家。事实证人并不需要具备超出能力之外的特殊技能,他们只需要告知法庭自己观察到的第一手资料。然而,作为专家,并不排斥个体以事实证人的身份仅仅向法庭提供第一手的观察资料。专家证人与事实证人之间的区别在于,专家证人具有超越一般人水平的相关专业知识,可以使其具备提供意见或事实的资格,从而帮助法庭做出正确的结论。那些提供给来访者健康护理的心理学家和精神病学家通常具备作为治疗专家作证的资格,因为他们具有多数人所不具备的专业知识,可以进行临床诊断和预测。然而,当治疗专家试图以司法专家的身份作证,去解决案件中的法律心理问题(如遗嘱能力、伤害的最可能原因、抚养能力)时,就会出现角色冲突的问题。

……

角色冲突

在多数司法权内,一位具有正当资格的临床医生可以出于某些目的以事实证人的身份作证,如他或她被期望为在治疗中获得的第一手资料作证。同时,也可出于

---

〔1〕 引自 Professional Psychology:Research and Practice,28,50-57. 美国心理学会 1997 年授权。

一些目的以专家证人的身份作证，如他或她被允许为有关心理失调的意见作证，而外行则不会被允许提供这样的意见。因此，如果临床医生被来访者要求，或被法庭所命令，那么，他应该正当地为事实、观察资料以及临床意见作证，而治疗过程正是为这些事实、观察资料和临床意见提供了可以信赖的基础。这样的证词可能包括来访者提供的历史资料，临床诊断，为来访者提供的保健，来访者对治疗的反应，来访者的预后状态，来访者在特殊时期的情绪、认知或行为，以及来访者在治疗中的任何其他陈述。临床医生应该适当地作证，例如，琼斯女士报告说，在治疗开始的两周前发生过机动车事故（motor vehicle accident，MVA），而临床医生观察到来访者有被撞伤的痕迹、缠绕绷带、表现出痛苦和极度焦虑。临床医生可适当地对他/她所观察到的、琼斯女士报告的、导致得出创伤后应激障碍（posttraumatic stress disorder，PTSD）诊断的症状提供证明；可能对使用的治疗的特殊类型、来访者对治疗的反应、以及来访者的预后状态进行描述；也可能会为治疗的主要关注点是机动车事故，或者是由机动车事故导致的继发性的创伤性应激障碍提供适当的证明。临床医生甚至可能会适当地提供这样的证明，即：为了治疗的目的，操作假设是，引起来访者痛苦的原因是机动车事故，而不是来访者面临离婚、最近停止工作或某位家庭成员的逝世。

为了可以被采纳，专家意见必须在科学确定性（scientific certainty，审查专家证词可接受性条件的确定性的标准）上具有合理水平的信度和效度。临床医生提供这样的专家意见是不适当的，即提出机动车事故是来访者受伤害的主要原因，而不是离婚、停止工作或亲人的逝世。这有两个原因：第一，通常在治疗中所获得数据的类型和数量很少可以构成正确的基础，来决定诉讼人受伤害的法律心理原因（与临床假设相反）；而治疗通常也不足够排除其他潜在的原因。第二，这样的证词会使临床医生陷入与来访者相冲突的角色中。当来访者的临床医生对在能力、人身伤害、工作补偿、监护诉讼中出现的法律心理问题作证时，就会出现这种角色冲突的例子。

当提供治疗的专家证人提供的事实和意见保持在可以被治疗专家信任的范围内，就不会出现这些顾虑。实际上，提供治疗的临床医生可以被要求对治疗过程中获得的信息、以及对为治疗目的事先提出的意见作证，但不可以被要求进行司法检查或分析（Shuman，1983）。当治疗专家提供法律心理评估时，临床、伦理、法律问题都会出现。对于法律心理评估，治疗专家并没有足够的专业基础，因为在这样的评估中，存在着内在角色冲突，并且必然会对将要进行的治疗产生消极影响。

由于临床心理学和精神病学的研究生通常没有接受过足够的司法伦理学训练，利用临床医生作为司法专家便具有很大的风险。尽管研究生在伦理学上的训练已经有了很大的进展，但多数的研究生伦理学课程都是训练临床医生如何处理使其陷入困境的双重角色问题。法律界对于多数的学者以及他们的学生来说，非常不适合，因为伦理学训练主要是关注于规范用于一般从业的法律和伦理学原则。例如，很少有心理学家接受司法心理学家专业指导原则的训练（司法心理学家伦理指导委员会，1991），因为他们很少将自己看作司法心理学家。当这些临床医生最终在法庭上作证时，他们认为自己只是和善地告知法庭关于其来访者的一些信息，甚至可能只是代表其来访者的利益友好地提供证明。通常，临床医生都不会被训练去了解法庭证词的程序规则、证据法以及证据标准不同于临床实践的地方。

将临床医生作为代表来访者—诉讼人利益的司法专家，这种做法有很大的诱

惑，因为其中存在关于功效、坦白、中立的错误信念。利用临床医生提供司法评估的做法似乎很有效，因为临床医生已经与来访者共同度过一些时间，掌握很多其他人不了解的来访者的信息，并且不用再花费时间和经费进行额外的评估。因为存在这样的假设，即为了得到有效的治疗，来访者对临床医生会很坦白，所以临床医生似乎可以从来访者—诉讼人那里获得真实的信息。尽管在进行了完整的司法评估之后，诉讼人可能会对自己有比较完整的了解（Finn & Tonsager，1996），但这样的治疗动机并不会出现于司法检查中。因此，与特殊的司法评估中收集到的事实信息相比，构成临床医生意见基础的事实最初可能会表现出更多的准确性和完整性。

此外，临床医生并不是律师的雇佣枪手，他们涉入案件的目的并不仅仅是协助为一项法律声明或辩护提供支持或反对。因此，与特殊的司法评估相比，临床医生进行的司法评估可能会表现出更多的中立性，并且为达到特殊的效果而直接出于经济动机的可能性更小。并且，通常会存在这样的假设，如果临床医生有着可以被信赖的专业技术，认为其可以处理来访者寻求补偿的情况，那么他就具备可以对此作证的专业技术。事实上，从这个分析中可以看出，在很多方面，如果一个人不利用临床医生同时也以司法专家的身份作证，那么他是不明智的。然而，对治疗和司法的关系、过程以及专业技术之间的差异进行考查，揭示了这种不明智是缺乏敏感性的反映。

治疗关系与司法关系之间的区别

如表 1 所示，治疗的角色和司法的角色需要不同的、甚至相矛盾的定位和程序（引自 Greenberg & Moreland，1995）。将临床医学家作为司法检查者这种肤浅的、危险的呼吁，通过对临床医生—来访者关系和司法检查者—诉讼人关系之间的概念和实践中的区别进行检验，就会暴露出弊端。

在这两种角色中，首要也可能是最为重要的区别，即鉴定来访者—委托人究竟是谁的顾客。如同称名中所表示的，来访者—委托人包含了两种角色，一种是治疗来访者，另一种是法律程序的起诉人。来访者—委托人作为临床医生的顾客，目的是为了治疗；作为律师的顾客，目的是在法律系统中寻求指导和代理。

在治疗和司法评估中，每一种关系的性质和选择进行治疗或司法评估的个体都是不同的。临床医生要最终对顾客负责任，顾客决定了是否接受某临床医生的服务；司法评估者要最终对律师负责，或对法庭指定专家的案例中的法庭负责，律师或法庭决定了是否接受某司法评估者的服务。来访者聘请临床医生目的是进行治疗。而律师（或法庭）则为诉讼聘请司法评估者。这种安排考虑到了最直接的和免于利益冲突的关系。它最好地保护了当事人的利益，同时也最好地维护了临床医生和司法评估者的公正性。

其次，对临床医生—来访者关系内容的强迫暴露进行的法律保护，受到临床学家—来访者特权的约束，并且通常只能由来访者放弃或依照法庭命令放弃。在多数司法权内，存在着医师—来访者特权、精神病学家—来访者特权、心理学家—来访者特权或精神治疗医师—来访者特权，社会通过承认临床医生和来访者之间保密性交流的特权，去实现更深层的治疗目标（Shuman & Weiner，1987）。

表1 治疗关系与司法关系的十点差异

	护理供给	司法评估
1. 来访者/诉讼人是谁的顾客	心理健康从业者	律师
2. 在每一关系中控制信息透露的相关特权	临床医生—来访者特权	律师—委托人特权和律师工作—产品特权
3. 专家的认知状态和评估态度	支持、接纳、移情	中立、客观、公正
4. 专家不同的能力领域	处理伤害的治疗技术	与法律声明相关的司法评估技术
5. 专家检验的假设性质	为治疗目的提出的诊断标准	为法律审判目的提出的法律心理标准
6. 对在过程中所利用信息和历史事实角色进行的审查	大多以来源于个体的信息为基础,而临床医生很少对这些信息进行详细审查	诉讼人信息受到间接来源的补充,并由评估者和法庭进行详细审查
7. 每种关系中结构的数量和控制	来访者为主,与司法评估相比存在较少的组织	评估者为主,与治疗过程相比存在相对较多的组织
8. 每种关系中"对抗性"的性质和程度	帮助关系;很少存在对抗性	评估关系;经常出现对抗性
9. 每种关系的专业目标	临床医生试图通过在治疗关系中工作使来访者获益	评估者为了法庭的利益,对评估结果和含义进行陈述
10. 专家批判性的判断对每种关系的影响	关系的基础是治疗联盟,专家批判性的判断可能会使该联盟受损	关系的基础是评估,批判性的判断可能会导致严重的情绪伤害

对司法评估者—诉讼人关系内容强迫暴露的法律保护,受到律师—委托人和律师—工作—成果特权的掌控。由于建立司法关系的用途是进行诉讼,而不是为了治疗,更不是为了计划治疗的目的而进行的诊断,司法检查者与诉讼人之间的交流并不受到医师—来访者特权、精神病学家—来访者特权、心理学家—来访者特权或精神治疗医师—来访者特权的保护。然而,律师聘请的司法评估者,在以法律方式对一位当事人或对所有当事人进行评估时,扮演着律师代理的角色。这种法律代理的身份将司法评估者放到了律师—委托人特权的保护伞下,并且通常在评估者在审判中被公告为证人之前,都会对具有特权的信息进行保护。直到审判中评估者被公告为证人时,多数情况下,特别是在民事案件中,允许律师通过反对辩护律师来阻止接触律师聘请的专家。因此,为了对当事人利益进行最好的保护,评估者的独立意见并不应该去迎合聘请自己的律师所代表的当事人。因为这并不是治疗关系,如果司法评估者是直接由当事人聘请的,那么就会给自己的专家形成责任,即专家是被雇佣来对案件的一些潜在情况进行评估,而不是用于质疑雇佣方,这样潜在的保护就没有必要了。因为当事人需要通过他们的律师,能够在避免这些危险的情况下,对案例的情况进行坦率的评估,律师—工作—成果特权便也覆盖到律师聘请的专家所进行的审判—准备领域。

这里需要进行的主要实践是,掌控健康提供者特权的逻辑、法律基础以及规则,在本质上与应用于司法评估者的有所不同。考虑到这些情况,告知接受司法检查者特权潜在的不完善之处,以及检查成果的可能用途的义务,被收录在判例法(Estelle v. Smith,1981)和美国心理学—法律协会(美国心理学会第41分会)和美国司法心

理学家委员会1991年所采用的司法心理学家专业指导原则(SGFP)中[见指导原则IV(E)]……

第三个不同点在两类专家的评估态度中表现得很明显。临床医生是护理提供者,并且通常怀有支持、接纳以及移情的态度;而司法评估者是评估员,通常保持中立、客观,并且对于司法问题十分公正。司法评估者的任务是取得对个体清晰的了解,但在进行评估的法律心理问题上,却不能带感情色彩。对于临床医生,移情和同情——产生为其提供帮助的欲望——通常会联合产生。对于司法评估者,任务却是对法律心理问题进行不带感情色彩的评估。

第四,为了完成他/她的任务,临床医生必须有能力对来访者的损伤进行临床评估和治疗。与之相比,司法评估者必须能够胜任与案件相关的司法评估程序和法律心理问题。临床医生必须熟悉诊断和治疗干预的文献,知道从什么样的诊断范畴和治疗干预中,来访者的困难可以被很好地鉴别和处理。司法评估者必须清楚与特殊损伤的评估相关的基本法律。

第五,临床医生利用这种专业技术来检验对立的诊断假设,从而确定何种治疗干预可能最为有效……司法评估者必须掌握相关法律,以及这些法律如何与特殊的心理评估相关。然后,司法评估者利用这些专业技术来对一组不同的、对抗性的法律心理假设进行检验,这些法律心理假设通过用于将要受到审判的司法案件的法律要素产生……

第六,对来访者—诉讼人的信息进行详细审查的程度不同。历史事实在两种关系中扮演不同的角色。至少对于有能力的成人来说,治疗主要是以从接受治疗的个体那里获得的信息为基础,而这些信息可能会有些不完整,极具偏差,或者不公正。即便临床医生在治疗之外寻求到了间接的资料,如当治疗儿童和无能力的成人时,收集这些资料的目的也是为了更深入治疗,而不是为了去确认历史事实。在很多案例中,期盼临床医生成为调查员去确认来访者在治疗中提到的历史性事实的做法并不现实,在传统意义上也不符合健康护理的标准。实际上,尽管来访者已经签订提供信息的协议,通过与其家庭成员、朋友或同事接触,以及通过请求确认文件去确证历史事实的方法,都可能会阻碍治疗。并且,这种确证是没有必要的。通常,即便是在重要的历史信息不准确的情况下,有效的治疗也可以继续进行。

对于多数心理治疗技术来讲更加重要的问题是,来访者如何感知或触摸这个世界——对于来访者来说,什么是真实的——而不是实际的或历史性的事实(Wesson,1985)……因此,对于法律的目的而言,治疗期间唤起问题的有关历史事实不能被认为是有效和可靠的。这不是对治疗的批评……

与之相反,司法检查者的任务是提供关于历史性事实和诉讼人陈述的心理方面效度的意见。与心理治疗中的评估相比,司法环境中这种评估的准确性总是受到更多的批评。一个好的司法评估几乎总是要包括对诉讼人反对案件中事件的其他信息源准确性的查证。这些来源可能包括与同事、邻居、家庭成员、急诊室人员、孩子的老师或儿科医师进行的间接会见;还可能包括对文件的回顾,如警察报告、学校记录、军事记录、药品记录、人员档案、运动队出席情况、信用卡账单、支票存根、简历的变更、免职、证人陈述;还有其他可能的信息源:例如,诉讼人案件前后的想法、情绪和行为……

第七,司法评估中对历史准确性的需要导致了对获得信息的完整性的需要,以及为了实现这个目标对评估过程结构的要求。与司法评估相比,治疗评估相对较少地具

有完整性和结构。来访者在治疗评估中提供的信息要比诉讼人在司法评估中提供的信息更具有结构性。更为理想的是,来访者和临床医生共同协商来确定治疗互动的目标和实现目标的时间框架。而司法评估的时间框架和目标都是由掌控诉讼的法律规则界定,一旦时间框架和目标被确定,司法评估者和诉讼人通常都被限定在这些范围内活动。为了最大程度地利用可用时间,司法评估者通常在结构访谈中加入一系列心理测验以及司法导向的历史和有关伤害的问卷,进行高度结构化的评估……

第八,尽管一些来访者可能会拒绝讨论令其痛苦的信息,心理治疗过程却很少对抗性地试图去揭露这些信息。司法评估虽然并不一定要表现得不友好或充满敌意,但由于司法评估者寻求的是能够支持或驳斥诉讼人法律陈述的信息,在司法评估中还是会具有对抗性。两种专家寻求信息的方式也有很大的差别:临床医生通过逼迫来访者讨论令其烦恼的问题来进行治疗判断,而如果诉讼人不愿提供这些信息或在提供信息时不愿进行确证,司法评估者通常要在其他来源中寻求信息。在极端的案例中,当出现了对重要信息的过少或过多的报告,司法评估者甚至可能会判断诉讼人在掩饰些什么。

第九,让我们来思考每一种关系的目标。治疗是为了帮助被治疗的个体。临床医生—来访者关系要在善意、无伤害的原则基础上形成——即提供利益而避免伤害。临床医生试图以可以增进或提高个体生活质量的方式进行干预。为来访者提供有效的治疗是建立治疗关系的主要的推动力……

司法检查者力求收集和呈现可以最终帮助事实的探究者(如法官或陪审员)为法律争端找到适当解决办法的客观信息。司法检查者有责任做到中立、独立以及诚实,避免涉入法律结果之中。无论这些评估的发现物是什么,司法评估者都会鼓吹评估的发现。因此,司法检查的结果可能会有害于受审查者的法定立场(美国精神病学会,1984),或与基本的治疗原则相冲突。

第十,来访者—诉讼人可能会对临床医生和司法专家提供的专家意见有着不同的感觉。我们来思考治疗关系中的判断的角色。在临床医生—来访者联盟的成功与治疗的成功之间有着坚固的、正向的关系(Horvath & Luborsky,1993)。为了建立一个积极的临床医生—来访者联盟,临床医生必须延缓对来访者做出判断,从而使临床医生可以进入和理解来访者私人感知的世界,而不做出任何可能会损害治疗关系的行为……

与之相反,司法检查者的角色是进行评估、判断,以及向要在对抗性环境中利用这些信息的第三方当事人(律师、法官或陪审员)报告这些结果。为了进行评估,司法检查者必须公正,甚至可能是怀疑性的,必须质疑诉讼人提供的信息。因为司法心理学家或精神病学家并没有涉入对诉讼人的帮助关系之中,与扮演治疗角色的心理学家或精神病学家相比,他/她的判断性的证词导致诉讼人严重或持久的情绪困扰的可能性更小。

避免双重角色冲突

这些角色的差异并不仅仅是人为造成的差异,而是有内在重要意义的实质性的差异。除非考虑这些差别,否则,不仅为来访者—诉讼人进行的治疗和司法的努力都会受到危害,而且也会危害到受这种错误的、冲突的选择影响的所有当事人的权

利。与一些利益冲突不同,这种角色冲突并不是诉讼人能够避免的,因为这并不是案件诉讼人一方独有的问题。这种冲突不只影响到起诉人,而且会对被告和法庭产生影响。同时,这种冲突不只使来访者—诉讼人在治疗中面临风险,而且会使法庭审判过程和所有的诉讼人面临不准确和缺乏客观性的风险。

[编者注:著者从各种约束与来访者—诉讼人双重的、冲突的专业角色的文件中引用了一些原则,与之最为相关的问题已在本文中提出]……

结论

……

……临床医生需要承认,他们在治疗关系基础上进行准确和可信赖陈述的局限性。尽管这非常困难,但当被问到法律心理学问题时,临床医生应该这样作证,"考虑到我在案件中的角色,我不能回答这个问题","我并不具备足够充分的专业基础回答这个问题","我只能告诉你我所看到的",或者"我只能告诉你我的来访者告诉我的事情"。不管他们的动机多么值得称赞,那些冒险超越这些限制涉入法律心理意见领域的临床医生,是在欺骗自己、欺骗他人。涉入这种无法调和的角色冲突之中的,以及证词缺乏足够专业基础的临床医生,不可能做到中立、客观或公正。

参考文献

American Psychiatric Association. (1984). *Psychiatry in the sentencing process: A report of the task force on the role of psychiatry in the sentencing process.* Washington, DC: Author.

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Estelle v. Smith. 451 U. S. 454(1981).

Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1996). *Therapeutic assessment: Using psychological testing to help clients change.* Manuscript submitted for publication.

Greenberg, S. A., & Moreland, K. (1995). *Forensic evaluations and forensic applications of the MMPI/MMPI-2.* Unpublished manuscript, University of Minnesota, Department of Continuing Education and Conference Services, Minneapolis, and The American Academy of Forensic Psychology.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.

Shuman, D. W. (1983). Testimonial compulsion: The involuntary medical expert witness. *Journal of Legal Medicine*, *4*, 419-446.

Shuman, D. W., & Weiner, M. F. (1987). *The psychotherapist-patient privilege: A critical examination.* Springfield, IL: Thomas.

Wesson, M. (1985). Historical truth, narrative truth, and expert testimony. *Wash. L. Rev.*, *60*, 331-354.

评论:

近期,舒曼、格林伯格以及他们的同事建议应该禁止临床医生在任何法律环境内为其来访者提供证明,他们认为所有的这种双重角色证词都会损害到司法系统以及治疗过程。见 Shuman, D. W., Greenberg, S., Heilbrun, K., & Foote, W. E. (1998). An immodest proposal: Should treating mental health professionals be barred from testifying about their patients? *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 509-523.

治疗角色与司法角色之间的相容性[1]



⊙ 特伦斯·赫尔策尔(Terence Heltzel)

心理学家越来越意识到他们与法律系统互动相关的道德责任和风险。例如,格林伯格和舒曼的一篇文章(Greenberg & Shuman,1997)中提出了这样的观点,临床医生试图同时以司法专家的身份向法庭系统提供其来访者的"法律心理观点"的做法,会导致不可调和的角色冲突,并且心理学家试图这样做会陷入严重的道德风险……

依据格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman,1997)的观点,似乎很多心理健康专家都在违背伦理学标准。由于被引入美国心理学会《心理学的道德冲突》这本出版物之中,所以有更多的人查阅这篇重要且非常有影响力的文章。格林伯格和舒曼描述的所谓道德冲突并不只具有学术价值。很多心理学家的职业生涯在其表达自己所支持的观点时受到了威胁。例如,俄亥俄州心理学委员会(2003)——下文中以俄亥俄委员会表示,发表了一篇题为"时事通讯警报!"的文章,警告心理学家,临床医生在尝试提供专家证词时可能会违反伦理学原则。在这个出版物中,俄亥俄委员会(2003)将格林伯格和舒曼的这篇文章界定为"有资格的心理学家"特别推荐的三个学习资源之一(p.2)。明显的推论是,裁定俄亥俄州心理学家违背伦理学原则诉讼的俄亥俄州委员会,把这篇文章当作是经过深思熟虑后可以使用的权威性的参考文献。

……

可应用的伦理学标准

……

格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman,1997)的立场很大程度上是建立在一个错误的和误导的基础之上……即对"司法专家"和"治疗专家"之间的区分发生了错误。应该指出,[专业]指导原则并没有做出这样的区分,并明确地将**治疗**界定为涉入法律心理问题时的司法活动。指导原则明确地规定司法心理学家"在为评估、**治疗**、咨询或学术/实证研究选择资料收集方法和程序时,有责任使用那些与可接受的临床和科学的标准相一致的知识"(司法心理学家伦理学指导委员会,1991,第Ⅳ节,A)。另外,

[1] 引自 Professional Psychology:Research and Practice,38,122-128.美国心理学会2007年授权。

> 当司法心理学家进行一项检查**或对法律诉讼程序中的当事人进行治疗**时，会伴随着一种预期，即他们的专业服务会被应用于有审判权的法庭，他们会招致一种特殊的责任，在相应的环境下，提供可能最好的文件(司法心理学家伦理学指导委员会，1991，第Ⅳ节，B)。

更进一步，"作为一名进行评估、**治疗**、咨询、或学术/实证研究的专家，司法心理学家通过从所有合理的视角检查眼前的问题，积极寻求对似是而非的对抗性假设进行差异性检验的信息，来维持专业的公正性"(司法心理学家伦理学指导委员会，1991，第Ⅳ节，C)。指导原则里的这些陈述明显地与格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman，1997)的假设相抵触，格林伯格和舒曼假定在司法的和治疗的专家之间有着最基本的区别——在这种区别的基础上，他们得出这样的结论，"在治疗角色与司法角色之间存在着不可调和的矛盾"(p. 50)。很明显，一名治疗专家同时也可以是一名司法专家。一个清晰的推论就是指导原则将治疗和证词专家看作是相容的角色。

一旦治疗心理学家认识到来访者的心理状态可能成为法律诉讼中的一个问题，那么很明显，接下来便需要他回答一些法律心理学问题，并以证人的身份提供服务。伴随着这些"可定义的预知"，心理学家应该认识到，除了传统的诊断和治疗的角色以外，他/她还可以合理地预期被要求去提供专家证词。预期到这种附加的角色，心理学家应该在头脑里形成关于这种角色的义务。如果心理学家不具有必备的能力或意愿去履行这些义务，就应该通过与来访者的律师协商，进行适当的转介或补充进行司法评估，以保护来访者的利益。

……

格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman，1997)认为治疗角色与司法专家角色不相调和的主要原因之一，是临床医生不太可能进行一项足够为法律心理问题的证词提供有效和可信赖基础的评估——因此，当试图提供关于法律心理问题的专家意见时，临床医生就是在其能力范围之外活动。他们认为典型的临床医生的"评估态度"(Greenberg & Shuman，1997，p. 53)并不足够中立或客观，并且，临床医生通常并不像司法专家一样关注历史性事实。然而，也并没有适当的理由来说明一位有胜任力的心理医生不能够也不应该为寻求临床服务的来访者进行客观、适当的评估，去作为治疗的基础。格林伯格和舒曼已经表明了他们的立场，即临床医生并不是够格的诊断专家。这里争论的焦点是，临床医生首先应是一名能够胜任的诊断专家，并且在伦理学上要求其客观地对来访者进行评估，作为有效治疗和专家证词的基础。当然，多数治疗的来访者并没有表现出紧迫的法律问题，并不期望专家提供证词。对每一位来访者进行充分的和客观的评估，应该依照该来访者的需要和问题进行。当法律心理问题被当作来访者呈现苦恼和境况的重要方面时，临床医生必须保证该问题适当地得到处理。在客观地进行了评估来解决相关法律心理问题之后，诊断学家—临床医生便可以在这些问题上适当地提供专家意见。

格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman，1997)将法律心理问题规定为司法专家的领域……然而，作为法律心理意见主题的问题，并不能排除法律系统以外的领域。例如，来访者的诊断与病因，既与法律心理关联，又与临床关联。损伤的程度和诊断也同时与临床和法律心理相关联。一位有能力的诊断专家—临床医生不会去裁决存在疑问的判断、基础以及历史性事实。

……

在对抗制中,并不需要专家证词的中立性或者独立性。然而,却需要诚实。例如,原告的律师和被告的律师都可以聘请专家对原告进行评估,然后每位专家都可以提供一份公正的意见,专家提供的这些意见可以不同(可能根据不同的事实、观察资料,或者给予变量和推理不同的权重),由法官来权衡每种意见的价值和可信性。同样,治疗专家也可以提供法律心理意见,其价值和可信性也是由法官进行判断。如果原告的评估者—临床医生或被告的咨询者—评估者选择性地只呈现对自己有利的或歪曲的事实,或提供不充分的论据,通常很容易被法官发现。法律系统并不允许伪造公正或中立的证词。对专家证词偏倚的程度以及重要性进行评估的任务,应该由法庭,而不是有特权的州委员会承担。

……当对心理学家活动的胜任力进行判断时,通常会与流行的服务标准相比较……尽管格林伯格和舒曼的文章清楚地表明了自己的观点,但并没有提供多少关于流行的服务标准的证据。除了提及一些与解决问题无关的"现有的专业指导原则"(p. 54),格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman,1997)提供了非常少的自己文章以外的赞同其立场的信息。一些文章(如,Berger,2004;Strasburger,Gutheil, & Brodsky,1997)曾被认为是与格林伯格和舒曼观点相一致的理论探讨。非常值得提出的是斯特拉斯伯格等人的观点(Strasburger et. al,1997),因为他们至少做出努力去确定关于与临床医生提供证词相关的伦理学的流行观点。特别有指导性的是他们提及的调查证据表明,只有很少的司法精神病学家同意这样的观点,即临床医生提供有关来访者的专家证词的行为存在着严重的伦理学问题(Weinstock,1986,1989;Weinstock,Leong, & Silva,1991)。这个调查结果明显支持了这样的结论,临床医生提供专家证人证词并没有违背流行的服务标准。

如上文中指出,格林伯格和舒曼 1997 年提及"现有的专业指导原则"(Greenberg & Shuman,1997),可能会被认为包括了受到推荐的服务标准。然而,除了儿童监护或探视的案件外,提到的指导原则里面并没有明确地禁止临床医生提供专家证词。最接近格林伯格和舒曼观点的是司法精神病学实践的伦理学指导原则(美国精神病法律学会,1989,如 Greenberg、Shuman 所引用,1997)中的一段陈述:"治疗中的精神病学家通常应避免同意作为专家证人或出于法律目的为其来访者进行评估,因为司法评估通常需要对他人进行面谈,并且证词可能会为治疗关系带来消极影响。"

避免双重角色的理由在这里受到了质疑:在很大程度上,访谈他人对于形成专家意见十分必要,治疗中的心理学家可以而且应当这样做,证词为治疗关系带来潜在的消极影响是很小的,可以通过适当的知情同意在伦理学上得到解决。正如下文将要详细讨论的。

……

保密性的局限

与保密性的局限相关的问题对于格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman,1997)的立场十分重要,格林伯格和舒曼认为在治疗提供者的角色与专家证人回答法律心理问题的角色之间,存在着不可调和的冲突。他们认为,心理学家对来访者进行有关司法问题的评估损害了临床医生与来访者交流的保密性的特权,并且声称,通过探究法律心理问题,心理学家确立了"司法关系",并且"司法检查者与诉讼人之间的交流没有受到保护"(Greenberg & Shuman,1997,p. 52)。然而,这里所指的合格的完整评估,是围绕司法和临

床问题进行的，并被当作治疗和未来司法证词的基础，当然应享有传统的心理学家—来访者特权。众所周知的是，在任何案例中，如果来访者提出关于其心理状态的法律陈述，那么他即放弃了保密性的特权。更进一步，可能存在这样的情况，如果来访者的心理状态在法庭面前成为一个问题，那么，不管来访者原来的陈述是什么，由于超越来访者或临床医生可掌控的情况，可能需要来访者的治疗专家提供证词。

因此，很明显，将完全保密性的理想作为治疗关系的一个特点是不可能得到允许的，并且由于法律需要，所有的治疗都存在着固有的保密性风险。随后，与保密性限制相关的风险，并不一定会为治疗带来不符合伦理道德的专业活动。伦理学原则和行为规范［道德规范(2002)］只要求接受心理学服务的人被告知并同意关于保密性的这些限制。

避免危害

关于避免危害，伦理学原则和行为规范(2002)指出，“心理学家应采取适当措施避免伤害到其委托人/来访者，……以及其他一起工作的个体，当可以预见伤害或伤害不可避免时，应将危害减弱到最小”(标准3.04)。格林伯格和舒曼(1997)声称，当临床医生因其对来访者的善行和非恶行的责任提供司法证词与司法专家真实地作证的责任冲突时，危害就会发生——因此，潜在地引起伤害。他们声称，

> 司法评估者鼓吹评估的结果，而不论这些结果会改变什么。因此，司法评估的结果可能会有害于被评估者的法律处境……并与基本的治疗原则相冲突(Greenberg & Shuman, 1997, p. 54)。

有能力的诊断学家—临床医生可以通过进行完整、客观的评估，限制损害来访者法律处境证词的风险。在伦理学上，心理学家有责任谨慎地评估和探查可能伤害来访者法律处境的详情和问题，并与来访者公开地讨论任何明显的问题。在来访者决定提出要求之前，向其提供关于他/她在法律处境中的弱点的忠告，是明显符合来访者最大利益的。如果心理学家进行了一项完整、合格的评估，并且查明事实和临床资料支持有利于来访者的意见，在这之后，心理学家便可以安心地进行下面的活动，而不用担心会提供有伤害性的证词。

格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman, 1997)描述的危害也相对罕见，因为通常来访者有权利选择是否提出一项会引出心理学家的专家证词的要求。这种决定是根据来访者及他/她的律师最先有机会查阅治疗心理学家的评估报告。如果评估不支持其法律立场，那么来访者就不会提出要求，这种假设是合乎道理的。如果诊断学家—临床医生的评估报告不支持要求，来访者也不会受到伤害，因为这种不支持要求的结论可能会使来访者不去提出效度会受到质疑的要求。或者，来访者在法定辩护律师的帮助下，可以寻求一位更加有利于自己立场的诊断专家—临床医生。在任何案例中，被正确告知的来访者都不会对来自其临床医生的不利司法证词感到惊讶。

在治疗过程中，如果心理学家的意见不利于来访者的法律立场，就必须提前告知来访者，并且讨论的问题应该作为治疗过程的一个重要方面。正确地预期对抗性的法律判决，对于减轻伤害有很大的帮助。谁会比来访者的临床医生更适合去提供要求缺乏支持的“坏消息”？很明显，格林伯格和舒曼(Greenberg & Shuman, 1997)的立场是，为了避免损害治疗关系，临床医生应该避免涉及对来访者法律立场有消极影响的问题；然而，他们

的这种方法可能会造成其所声称临床医生有义务避免的那种伤害。如果临床医生承认治疗中的任何不利的事实或专家意见，将会更加符合伦理学规范吗？

格林伯格和舒曼（Greenberg & Shuman，1997）关于角色冲突的论点中一个更基本的缺点，与其对临床医生帮助和无伤害的任务这个概念的误用有关。通过这个概念，他们要表达的是，依照伦理学，必须避免构成危害的不利证词。然而，临床医生的意图、能力以及治疗目标等无害的义务，并不是干预和服务的潜在结果。坏结果的潜在可能，并不能被理所当然地解释为由于违背了帮助和无伤害的义务。按照常规——帮助和无伤害地——提供服务的临床专家（如，外科医生）会比那些与提供专家证词有关的专家陷入更多已知的和可预测的风险之中。即便是在会产生不良结果的案例中，只要来访者被事先告知存在风险以及潜在利益会超过这些风险的判断，那么提供这些服务也是合乎伦理规范的。

最终不利的法律判决是否会构成“危害”也存在疑问。例如，驳回对利益或损害赔偿金的要求只是一个简单的法律判决，即个体无权获得利益或赔偿金——因此，不能获得无权获得的东西，实质上并不构成伤害。更进一步，如果来访者会因为法律判决受到伤害，那么由于对来访者法律立场的伤害——减少利益或损害赔偿金，成功的治疗便变得不符合伦理。同样，咨询者也可能会因为提供与顾客法律立场相反的证词伤害到他/她的顾客（即原告或被告的律师）。

削弱的客观性和偏见

伦理学原则和行为规范将对减弱客观性的合理预期作为发现不符合伦理学的多重关系（3.05）及利益冲突（3.06）的基础。格林伯格和舒曼（Greenberg & Shuman，1997）及俄亥俄委员会清楚地将客观性的削弱界定为可能会使临床医生提供的证词面临伦理学风险的原因……这是一种很差的思考立场，可能会对心理治疗的实践带来破坏性的影响。

假设或期望临床医生对其来访者抱有格林伯格和舒曼（Greenberg & Shuman，1997）所描述的“支持、接纳及移情”的态度，可能是合理的。而将这种态度等同于客观性的削弱，则不合理。一位诊断专家—临床医生，不论是否提供证词，在伦理学上都需要维持合理的专业客观性，但这种专业客观性并不等同于支持、接纳和移情的态度。硬要举出一些特例的行为，实际上是将心理治疗看作专业活动进行谴责。由于其“评估态度”使专业客观性受到削弱的临床心理学家，可能并不适合提供诊断服务或者治疗。绝对客观性或完美的客观性是不可能的，但低于绝对客观性并不等同于客观性受损。

胜任的诊断专家—临床医生不会愚蠢地将来访者提供的所有陈述都当作是真实的。同样，合理水平的质疑是可以的，但不能让来访者感觉受到攻击。在法律需要的情况下向来访者提供解释，多数来访者可以理解并能够意识到需要进行认真、客观的评估。向来访者强调作为“事实”呈现的重要背景信息要经受法定对手的详细审查，同样十分重要。

客观性的削弱并不只针对临床医生而言。由律师聘请的诊断专家—咨询者同样会对被评估的诉讼人以及律师—顾客，表明评估态度和体验情绪反应。因此，这位心理学家便与律师形成了作为其咨询者的关系，律师为心理学家提供薪水，他们的关于心理学家服务利益的意见可能会增加或削弱心理学家在律师及其同僚之间的声誉。心理学家同时还与其所评估的诉讼人扮演另外一种关系，并且也会有一种评估态度。如格林伯格

和舒曼于 1997 年指出，这并不是一种“最直接并且免于利益冲突”的关系（Greenberg & Shuman，1997，p. 52）。

……伦理学实践并不仅仅由绝对公正性或完美客观性所决定，更多地由能力和真诚决定。公正性需要真诚的努力去对法律心理问题进行公正的评估，同时对所评估问题的可选择的、竞争性的解释进行适当的考虑。

为了公众利益

格林伯格和舒曼（Greenberg & Shuman，1997）的论点，似乎是在建议州委员会为保护一些公众利益（可信赖的证词及对治疗关系的保护），应禁止临床医生在法律心理问题上提供专家证词。值得注意的是，格林伯格和舒曼在其随后的文章中再次扩充了自己的观点（Shuman，Greenberg，Heilbrun，& Foote，1998）。在文章中，他们提出，甚至是来自治疗专家的证词都应该被拒绝。他们将自己对这种证词的反对描述为“激进的”、“不谦逊的建议”。他们声称，

> 在什么样的基础上、通过什么机制，我们可以建议禁止临床医生提供关于其来访者的证词？在利益冲突、缺乏基础以及潜在不公平的偏见的基础上，我们建议出台一项法律，取消治疗医学家提供关于其来访者的证词的资格。根据对临床医生——来访者关系的危害，我们建议职业行为规范应宣告为其来访者作证的治疗心理健康专家有罪（Shuman et. al，1998，p. 510）。

他们的立场确实是激进和不谦逊的，将会引起对当前的司法系统和对公众利益的危害程度进行全面的检查。

本文中曾讨论过临床医生可以并且应该进行一项足够指导治疗和服务的评估，并以此作为可信赖证词的基础。如果有需要，临床医生同样可以选择咨询或提议进行专业的评估，但在任何案例中，临床医生应该为其来访者面对的法律问题提供充分依据的意见。目前已经存在一些关于临床医生削弱客观性的伦理学标准，并且通过允许进行有力的交互检查以及引进其他专家的证词，法律系统也在坚决抵制偏倚的存在。同样可见的是，建立在知情同意、胜任力评估以及临床医生与来访者之间的真诚基础上的治疗关系，减弱了对治疗关系的潜在危害，或者可以将这种危害降到最小。因此，激进地改变现有体系，或采纳这种不谦虚的建议来限制临床医生就有关的法律心理问题作证，都是十分草率的。

更进一步，州心理学委员会将临床医生的专家意见界定为本质上不符合伦理，这种行为取代了法庭衡量专家证言可靠性的特权和责任。这样的行为可能会阻碍来访者采用临床医生的意见，他们可能会将这些意见看作免费讲演或民事权利问题。当然，如果禁止临床医生表达有良好基础的专家意见，那么委托人和法庭都会失去重要的关键信息的来源。同样需要考虑的是，一些重要的行政和司法体制（如，社会安全行政部门，劳工赔偿委员会，遗嘱检验法院）十分依赖治疗提供者的证词。由于需要从高价的专家那里获得额外的评估，因此，否认治疗提供者作证的能力，会给委托人和司法系统带来沉重的负担。

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct: 2002. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Berger, S. H. (2004). Ethics and dual agency in forensic psychiatry. *Psychiatric Times*, *15*, 6.

Bersoff, D. N. (Ed.). (2003). *Ethical conflicts in psychology* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Greenberg, S. A., & Shuman, D. W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 50-57.

Shuman, D. W., Greenberg, S., Heilbrun, K., & Foote, W. E. (1998). Special perspective an immodest proposal: Should treating mental health professionals be barred from testifying about their patients? *Behavioral Sciences and the Law*, *16*, 509-523.

State Board of Psychology of Ohio. (2003, Fall). *Alert*! Available at http://psychology.ohio.gov/pdfs/ALERT2003revised.pdf.

Strasburger, L. H., Gutheil, T. G., & Brodsky, B. A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 448-456.

Weinstock, R. (1986). Ethical concerns expressed by forensic psychiatrists. *Journal of Forensic Science*, *31*, 596-602.

Weinstock, R. (1989). Perceptions of ethical problems by forensic psychiatrists. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *17*, 189-202.

Weinstock, R., Leong, G. B., & Silva, J. A. (1991). Opinions by AAPL forensic psychiatrists on controversial ethical guidelines: A survey. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *19*, 237-248.

当星球碰撞时：治疗的角色和司法的角色[1]



⊙ 斯图尔特·A.格林伯格、丹尼尔·W.舒曼(Stuart A. Greenberg and Daniel W. Shuman)

……

相互排斥的选择

提供治疗服务和司法服务的决定需要相互排斥的专业选择。提供每种服务都需要专家在来访者福利和对法庭的帮助之间确定一种相互排斥的优先权的选择，需要在信任和共情基础上还是在怀疑和距离的基础上建立与来访者—诉讼人关系之间，做出排他性的选择。提供每一种服务还需要涉及来访者—诉讼人心理健康结构的互斥水平，或者试图使它变得更好，或者仅仅是为法庭不动感情地对它进行评估。

……

治疗服务和司法服务的提供，涉及一种专门的任务，每种服务都面对完全不同的问题，都需要一种完全不同领域的能力。同一个人可以同时具备两种专业技术。角色冲突的核心问题并不是缺乏专业技术。临床医生多数是出于治疗目的的、能够胜任的诊断专家，并且很多临床医生也具有为司法目的、为来访者—诉讼人提供检查的专业技术。临床医生(和处理该事件的司法检查者)可能同样具有技能和专门技术，恰当地获得执照，可以驾驶机动车、提供按摩服务、设计发型、经营房地产、出售自己的艺术作品。具有这些能力和许可证，并不是说临床医生应该在机动车上为其来访者提供治疗、为他们按摩、设计发型，或向他们销售房屋或艺术作品。这并不是因为他们没有能力这样做，而是因为，从专业角度讲，这些任务不可调和地相互排斥。不论具有多么完备的双重能力，专家不可能对同一来访者—诉讼人符合伦理地、充分地同时完成两种任务。具备为同一个体同时提供治疗的和检查的服务所需要的双重能力，并不能解释为什么心理学家可以为同一个体提供这两种服务。在我们的观点里，谨慎的心理学家不能这样做。

---

〔1〕 引自 Professional Psychology: Research and Practice, 38, 129-132. 美国心理学会 2007 年授权。

评论:

在任何案例中,可能都会存在一个中间立场,尤其是对于离婚和监护情境下的“治疗专家”来说:

> 治疗专家可能以至少两种方式涉入法律系统之中。心理学家可能被聘请为分开或离异家庭的儿童或离异父母提供治疗。心理健康专家也可能按照法庭指示为特殊目的提供治疗(p.470)。

Greenberg, L., & Gould, J. (2001). The treating expert: A hybrid role with firm boundaries. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 469-478.

正如作者所指出的,和法庭评估的范围相比,治疗专家的关注焦点虽然窄了一些,但更详尽和深远:

> 治疗专家可能因此具备良好的资格,可以为来访者的诊断、治疗中观察到的行为模式等提供专家意见……然而,治疗的临床医生并不具备儿童监护评估者所需要的远景、事实发现的视角或信息的广度(p.473)。

因此,“治疗专家不应该在儿童监护评估和法庭领域内(如,抚养能力适切性或监护建议)的法律心理问题上表达专家意见”(Greenberg & Gould, 2001, p.476)。

司法评估中一个较小的需要考虑的因素即对交互审判权实践的限制。大多数的审判权允许在某一州取得司法临床许可证的专家在另一州提供评估。但由于训练结果的不一致,一些审判权却限制这样的实践。对这种问题进行评论的优秀的文章,见 Shuman, D. W., Cunningham, M. D., Connell, M. A., & Reid, W. M. (2003). Interstate forensic psychology consultations: A call for reform and proposal of a model rule. *Professional Psychology: Research and Pracice*, 34, 233-234; 以及 Tucillo, J., Fillipis, N., Denney, R., & Dsurney, J. (2002). Licensure requirements for interjurisdictional forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 377-383。

强制评估中的角色冲突:评估与建议[1]



◎ 乔斯·M. 阿卡亚(Jose M. Arcaya)

……

背景思考

心理学家通常受到训练,在来访者自由地接受测验或检查的环境中进行评估。这些环境——如,心理健康诊所、医院、私人诊所——一般按照行政体系运作,这些行政体系与心理学家自身的尊重来访者隐私和秘密的伦理学标准是一致的……

然而,当接受传统训练的心理学家——他们受到要对来访者的隐私、自由以及完整性进行保护的教育——由刑事审判系统各种代理(如,法庭、公安机关、监狱、社区治疗中心)聘请来进行评估,他们需要对其来访者—犯罪人形成一种不同的专业理解。这些代理需要心理学家对自己专业的忠诚性变得多样化。他们期望心理学家关心的不仅仅是其来访者的福利,同样也要关心这些司法雇佣者面临的实践上的迫切需要(如,遵守机构命令、支持法庭—命令的法律标准、履行政府训令)以及一般的社区安全。

与自由世界的情形相比,在刑事审判系统中,心理学家必然被期望与更多的个体(如,律师、行政官、缓刑—假释官员)分享其评估结果。因为,通过定义可以看出,所有的刑事审判案例都是对抗性的,这种司法报告的读者群体必然不可避免地由相互对立的当事人构成,他们分别代表着来访者—犯罪人、刑事审判系统以及社会的关注点。因此,当作为中立的专家递交自己的评估结果时,司法心理学家会自动发现自己处于争论的中间位置,这样的做法总会使一些人不愉快(如,由于支持宽容的处遇使检举人不愉快,由于建议取消假释使委托人不愉快)。

这两种不同——角色多样性与角色冲突——是在刑事审判系统中工作的心理学家角色混乱的根源。如美国心理学会司法审判系统中心理学家角色的特别小组报告(APA,1980)指出,"目前心理学缺乏的是,鉴别将责任归于作为对立方的组织还是个体委托人的有效方法"(p. 2)。例如,特别小组所调查的203名刑事审判心理学家中,75%的人报告他们面对的关于保密性的最大伦理学问题是:应向其刑事

---

〔1〕 引自 Professional Psychology: Research and Prcatice, 18, 422-428. 美国心理学会1987年授权。

审判的雇主透露多少信息以及透露何种信息……

强制的环境

强制的环境明显不同于自愿的环境,主要是因为来访者—犯罪人不会聘请他们的心理学家。他们在法律的惩罚下被迫接受评估,或被剥夺某些权利和特权。因此,这些来访者—犯罪人没有资格向其评估者提出要求。不管是否愿意,他们都必须服从其心理学家的测验和要求,因为他们知道,如果自己拒绝,可能会导致消极的后果(如,取消假释,更严厉的判刑,损失制度津贴)。

由于来访者—犯罪人已被强制去见心理学家,所以,他们避免为这种参与或者为解决评估的焦点问题承担责任。相反,他们倾向于小心、抵抗性地与其心理学家接触。因此,在可以对其来访者—犯罪人真实的优点和弱点进行可靠的评估之前,心理学家有责任对这些自我满足和自我否定的现象明察秋毫。

通过尽可能地把自己描述得很积极,来访者—犯罪人倾向于不从事那些可能会阻碍其达到目的(如,完全的自由,较少的严重判刑,从封闭机构到社区的重要节日通行证)的任何事情。当然,这种谨慎行为的出现,是由于评估结果并不是保密的,而被用来决定有关来访者—犯罪人生活的重要问题。实际上,在很多司法环境中,都需要心理学家告诫其来访者—犯罪人,无论他们暴露什么样的信息,这些信息都有可能被用于法庭对自己的审判活动中(见心理学家伦理学原则,第 5 条原则;APA,1981)[1]。

由于评估报告是要经受刑事审判系统中不同人仔细阅读的文件,司法代理的心理学家便很少能够控制评估结果如何被使用和理解。许多与特殊的来访者—犯罪人案件有关的法官、律师、行政官、咨询者以及缓刑官员,都有权阅读评估结果的内容。这样的事实使心理学家很难去调整自己的意见来迎合特殊个体或满足特殊转介资源的需要,同样也使心理学家很难与来访者—犯罪人建立和谐的关系。然而,由于司法心理学家是被其雇佣者聘请提供评估,和与自愿的对象建立联盟相比,他们只有很小的动机去与典型的刑事审判委托人建立工作联盟。这样的司法评估主要是为了不同的刑事审判人员的利益而进行,因此,心理学家工作的主要评判者是这些刑事审判人员,而不是评估的接受者。

尽管存在这样的事实,司法心理学家通常还会考虑到其来访者—犯罪人的困境。然而,他们担心的是来访者—犯罪人可能最终涉入的社会机构(如雇佣筛选案例中的雇主)、社区的安全(缓刑或假释评估案例中)、以及其他涉入案件的第三方的福利(如儿女控诉其忽视子女的母亲)。因此,在意识中做出不同的区分——对其来访者—犯罪人的关心(如,“我的决策会为这个人的长期利益带来怎样的影响”),对社区的关心(如,“这个人是否会为他人带来威胁”),以及对聘请他们的刑事代理机构的关心(如,“这个代理机构是否已经真正准备好处理这种类型的个体”)——细心的司法心理学家会发现,与自由世界的同事相比,在做出决策时,自己被迫要去考虑更多的因素。

---

[1] 主编说明:见现行 APA 伦理准则(2002)9.03。

显然，在这些竞争性利益中间，不同类型的案例倾向于要求不同种类的优先项目……然而，有时司法心理学家可以采取某种方法来应对所有的刑事审判委托人。当这样的方法是可预知的或是惯常的，那可能源自于无意识动机，也可以类比为心理治疗中遇到的反移情……

帮助者偏见

……这种姿态会导致几乎在每个案例中，心理学家都站在来访者—犯罪人的一边。依据这种以个体为中心的、人道主义的观点，来访者—犯罪人的需要要比代理人的需要或社区的关注点更为重要。帮助者偏见是基于一种反官僚政治、反组织的哲学，持有这种偏见的人并没有忽略犯罪人的观点，而是倾向于忽略评估的尺度……

起诉偏见

与帮助者偏见相比，起诉偏见出现得相对较少；怀有起诉偏见的心理学家用怀疑的眼光看待来访者—犯罪人，并企图在评估结果中做出消极的价值判断。这种立场与社区的关注点保持相当的一致性，并更多从道德而不是从人道主义的观点去看待来访者—犯罪人。这种偏见是起诉方面的，因为心理学家被假定为审判系统的外延。心理学家更可能以谴责而不是临床的角度，来思考罪犯的行为……

由于起诉的评估者倾向于对来访者—犯罪人的未来持有消极的观念，他们的建议可能是保守和谨慎的。可以预知，这些评估者倾向于在意社区的利益超过在意其来访者—犯罪人的福利……

不承担义务的偏见

这种偏见反映了典型的官僚政治的心态。与对来访者—犯罪人或社区的需要作出回应相比，更会对评估者工作机构含蓄的要求做出响应。由于不喜欢冲突和论证，这些心理学家避免去承担风险。具有这种态度的心理学家倾向于以一种代理行政官喜爱的方式去撰写他们的评估报告，而不是按照自己真正的想法……

对抗模型

对抗模型被提议用来帮助避免先前情形中存在的固有偏见……

按照法律系统的基本原理，对抗性的评估者假设，最好是在所有对抗性的观点都被考虑之后，才做出有关司法委托人的最终判决和建议。对抗模型有效地将这种基本原理扩展到评估过程之中；对抗性的报道被组织起来并且进行交流，这种交流就好像是法庭中代表不同既定利益的（如，被告、检举人）假定的心理学家之间的法庭辩论。只有在这些观点得到充分的讨论之后，心理学家才能呈现其最终的建议。

这种模型需要心理学家扮演“唱反调的人”的角色，他们不是试图将这些有关

来访者—犯罪人的不同结论变成一致的叙述(可能是由于他们想要向读者传递一种科学确定性),而是诚实地揭露这些矛盾……揭露这些不同的和相反信息的结果是,读者阅读从这种视角写出的书面报告,可能会使他们处于一个更好的位置,来对评估者最终建议的价值进行评估。

由于这种形式非常的直接,所以,这种模型需要司法心理学家将其报告细分为若干章节,就如同关于来访者—犯罪人的法律观点一样多。随后,他们可能从这些观点的每一个角度对其委托人进行思考……在呈现所有的合乎这些子章节的相关信息之后,心理学家便可以做出最终的建议和结论。

另一方面,标准的司法评估形式使心理学家客观地提供自己的资料,因此使自己的偏见不明显。标准的司法评估形式帮助心理学家避免与评估发生的、并不只是存在唯一真理的法庭环境打交道……并且避免与对事实不同的激进观点进行争论的法庭环境打交道……相反,这种对抗模型,迫使心理学家做更多的思考,在得出结论之前考虑它们的合理性……

参考文献

American Psychological Association. (1980). *Who is the client? The psychological intervention in the criminal justice system*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1981). Ethical principles of psychologists. *American Psychologist*, *36*, 633-638.

司法临床心理学中的角色冲突：对阿卡亚的回应[1]

13

⊙ 杜威·G. 康奈尔(Dewey G. Cornell)

……

刑事审判系统中临床心理学家的各种角色不能以同一种方式表现出来……阿卡亚关于心理学家—来访者关系的顾虑,需要对每一种不同的角色进行更仔细的说明……

为了讨论这个问题,关注点应集中在为刑事被告进行审判前评估的心理学家身上。代表性地,这些评估关注一个司法问题,或对两个司法问题同时进行关注:即受审能力或刑事责任能力(法律上的精神失常)。对受审能力进行的评估关注被告当前的心理状态:是否会影响到他/她在审判中为自己辩护的能力。刑事责任能力关注被告在实施被指控的犯罪时的心理状态:被告当时的心理状况是否可以帮助其从刑事控告中开脱出来。对这些评估的特殊法律标准和指导在州与州之间是不同的。

然而,心理学家—被告/来访者关系在这两种法律问题上有着重要的区别。例如,……被告没有权利选择是否接受对其受审能力的评估。尽管评估通常是对门诊病人进行的,但也可以对被告进行住院病人方式的评估。如果被宣告无受审能力,那么被告可能面临长达15个月的监禁。

为刑事责任能力进行评估的情况则十分不同。这种情况下,被告最初声称自己精神失常,但他仍具有拒绝或取消评估的绝对权利。与阿卡亚对司法评估特征的综合界定相反,根据涉入司法问题的不同,存在着很大的差别。在一些情况下,被告仍具有自愿的能力。最后,不同意接受心理学家审判前临床意见的被告,有权利要求另外一名专家对自己进行独立的评估。

正如这个例子所表明的那样,阿卡亚通过将刑事审判系统描述为“被迫的”,将其他评估环境描述为“自由世界”,对刑事审判系统中的评估与所有其他评估进行对比的做法具有误导性。更进一步,刑事审判系统以外的很多评估也远远不是自愿进行的。当前,心理健康中最具有“强制性”的评估可能是对个体进行的民事法庭事件中过失犯罪的评估,其次是为父母希望自己处于青春期的孩子得到住院病人式治疗进行的评估。当进行儿童监护评估,或受被告聘请对个体伤害案件中的原告进行检查时,心理学家同样要面对不太自愿的对象……

……

---

〔1〕 引自 Professional Psychology: Research and Practice, 18, 429-432. 美国心理学会 1987 年授权。

对于改变的建议

阿卡亚对心理学家偏见问题的(片面的)解决办法是改变心理学报告的形式。他建议,心理学家应以一种更加与法律系统中对抗模型相一致的方式撰写自己的报告。在心理学家表达最终意见之前,应当提供和权衡支持案例中每一方的证据。

这种方法存在一些问题。首先,阿卡亚认为由于无意识个性冲突和对被告的反移情,心理学家会存在偏见,如果他的这种观点是正确的,那么报告形式的任何改变都不可能有效……

如果偏见主要是机构压力和专家角色冲突的结果,那么同样,报告形式的改变也只能起到很微弱的干预作用。按照这种观点,法律系统,而不是个体,应该成为干预的适当对象……

最后,阿卡亚关于偏见和角色冲突的很多顾虑都可以从美国心理学会伦理学原则的观点中得到解决……心理学家已经有责任在心理学结论的报告中采取客观、公正的方法……

可选择的方法

心理学家不应通过在报告撰写中模仿对抗性的方式来处理法律系统中的对抗性压力。相反,心理学家需要抵抗法律系统的联合选择,并将自己的专业身份重新确定为科学从业者。在必要时,司法心理学家需要明确其角色是客观的和中立的,尽管他们可能会得出支持被告或原告的临床意见,但在法律诉讼中,他们却不能支持任何一方……

……

评论:

尽管存在不同意见,阿卡亚和康奈尔(Cornell)却都同意司法临床医学家面临着重要的角色冲突,尤其是当司法临床医学家在刑事诉讼中进行法庭强制进行的评估时。这些角色冲突不仅导致了违反伦理学原则的潜在可能,而且也同样侵害了美国宪法规定的被告的权利。相关部分的第五条修正案提出:"在任何刑事案例中,没有人会被迫作为对抗自己的证人。"同样,第六条修正案提出:"在所有刑事诉讼中,被告都有权利……拥有帮助自己辩护的辩护律师。"思考在下面假设的情况中,这些宪法的保护会如何受到危及:

> 当史密斯(Smith)被指控谋杀时,政府宣布他将被判死刑。审判法官安排一位精神病学专家格里格森博士(Dr. Grigson)对史密斯进行评估,来确定他是否有受审能力。在90分钟的面谈后,格里格森博士做出史密斯具有受审能力的判断。然后,史密斯被审判,并被判决为谋杀。随后,在法官判决史密斯是否应该被处死之前,进行了一个单独的审判程序。法庭需要决策的实际问题之一是,如果史密斯不被判处死刑,那么他再次暴力犯罪的可能性有多大。在量刑听证会上,政府要求格里格森博士对史密斯今后的暴力犯罪倾向作证。在其之前进行的受审能力评估的证词基础上,格里格森博士宣称史密斯会给社会带来危害。于是法官判处史密斯死刑。史密斯提出控诉,认为依照第五条和第六条修正案,这种程序侵犯了他的权利。高级法院同意审查他的诉讼请求,并得出如下结果。

埃斯特尔诉史密斯[1] 14

……

……我们首先来看在审判阶段准许格里格森博士提供证词是否违背了被告的关于被迫自我检举的第五条修正案。因为在进行受审前的精神病检查之前，被告没有被告知自己有权保持沉默，并且他所做出的任何陈述都可能被应用在审判程序中对抗自己……

被告的陈述是在精神病检查的背景中做出的，这样的事实并不能自动将这些陈述移至第五条修正案保护的范围之外……州属审判法官，苏亚·斯庞蒂（Sua Sponte）为了达到确定被告受审能力这个有限的、中立的目的，安排对被告进行一项精神病学的检查，但该调查结果却被政府用于一个明显不利于被告的更宽泛的目的。因此，与格里格森博士进行的面谈并不能被看作一项常规的能力检查，常规的能力检查只限于确定被告理解对其提出的控告，以及确定被告有能力参加抗辩。事实上，如果格里格森博士的结论仅被应用于为这些目的服务，那么就不会违背第五条修正案。

这个面谈也不能被界定为由于犯罪时精神错乱，被告恳求不被判刑时，对被告进行的心智检查。当被告声称自己精神有问题，并引入支持的精神病学证词时，他的沉默可能会剥夺政府唯一具有的有效手段，即在政府涉入的问题上，对其提供的证据进行辩论。相应地，一些上诉法庭曾提出，在这样的情况下，可以要求被告服从起诉方精神病专家实施的精神病检查……

然而，本案中的被告既没有引入任何精神病学证据，也没有表明自己将要这样做。相反，政府却提供了从法庭命令进行的能力检查中获得的信息，并以此作为确定的证据来劝服法庭判处被告死刑。被告未来的危险性是审判听证会中的一个关键问题，在这个问题上，政府有着提供超过合理质疑水平证据的压力……为了达到这个目的，政府使用了被告自己的陈述，而这些陈述是被告在不知道它会被用于政府为判处自己死刑的情况下无意中做出的。在这种特殊的情况下，就会牵涉到第五条修正案。

……米兰达诉亚利桑纳案[2]……认为"如果不能证明程序上的保护措施可以有

---

〔1〕 引自 Estelle v. Smith，451 U. S. 459（1981）.

〔2〕 见 Miranda v. Arizona，384 U. S. 436（1996）.

效地保证自我检举的内容不会被滥用的特权，那么，起诉中则不能使用引自被告拘押审问中做出的陈述，无论这些陈述是辨明无罪的还是使人负罪的”……因此，如果没有其他十分有效的程序，在任何正式的审问之前，拘押中的个体都必须获得明确的告诫，包括他“有权保持沉默”以及“任何言辞都可能会被当作呈堂证供对抗自己”……

被告应在拘押审问前得到告诫，在当前的问题中，这种思考为审判前进行的精神病检查提供了很多支持。当安排进行检查以及检查进行时，被告正被拘押于达拉斯州监狱。被告接受的是审判法庭指派进行中立的能力检查的精神病学家的提问，而不是接受警官、政府人员或上诉律师的提问，但这并不重要。当格里格森博士并不只是向法庭报告能力问题，而且在审判阶段在被告未来危险性这个关键问题上为原告作证时，他的角色便改变了，他在本质上变成了政府的代理，来暴露被告被逮捕后在拘押环境中、在未被告诫的情况下做出的陈述。在精神病检查中，被告确实“处于对抗制系统当中”，并且“眼前的人并不只为其利益服务”……然而，被告并没有被提前告知这个强制性的检查会被用于收集必要的证据，来确定如果自己获罪，是否应被判处死刑。他并没有被提前告知自己相应地具有宪法支持的权利，即不去回答这些对自己提出的问题……

一位从未接受过精神病评估，也未曾试图引入任何精神病学证据的刑事被告，如果他的陈述会被用于死刑审判程序中对抗自己，那么他可以不被强制回答精神病学家提出的问题。因为在被告知道自己有权保持沉默以及其陈述的可能用途之后，被告不会自愿地同意进行审判前精神病检查，因此，政府不能依赖于被告对格里格森博士进行的陈述来确定他未来的危险性。如果在被充分告诫的前提下，被告表明自己不会回答格里格森博士的问题，那么，正当安排的能力检查仍然可以进行，但其结果只能局限于对能力的检查。在这种情况下，能力和精神病检查的正当结果和使用并不会丧失作用，但政府必须采用其他方式去证明被告未来的危险性。

“自愿进行的陈述……并不受到第五条修正案的保护”，但从米兰达诉亚利桑纳的案例中我们必须认识到，在拘押过程中面对法庭安排的精神病调查时，被告向格里格森博士做出的陈述并不是“在没有任何强迫因素影响下，自由、自愿进行的”，并且同样地，只有在被告曾被告知自己的权利并且明白、清醒地决定放弃这些权利的情况下，才能像政府在审判阶段那样使用这些陈述……对第五条修正案的这些保护措施并没有提供给被告，因此，对被告的死刑宣判不能成立[脚注省略]。

当被告接受格里格森博士的检查时，他已经受到起诉，并被委派一名律师作为其代理。上诉法庭判定被告已经享有了第六条修正特权，即可以在接受审判前精神病检查的面谈之前，得到辩护律师的帮助……我们同意……

本案中，格里格森博士在达拉斯州监狱[脚注省略]对被告进行检查时，被告的第六条修正特权无疑已经获得，即获得了律师的帮助，并且，他们的面谈也是起诉被告的综合诉讼程序的“重要阶段”……然而，辩护律师并没有提前被告知精神病检查会包含关于其委托人未来危险性的问题[脚注省略]，并且，被告也否认他的律师在是否接受检查的重要决策中，以及在精神病学家的结论会应用于何处等方面，为自己提供了帮助……

因此，除了考虑到第五条修正特权外，对被告宣判死刑也是不恰当的，因为作为格里格森博士证词基础的拘押期间的精神病检查，侵犯了被告所具有的第六条修正特权，即有权得到辩护律师的帮助[脚注省略]……

评论：

舒曼和格林伯格（Shuman & Greenberg,1998）引用了美国精神病学会 1995 年的一篇报道（No. 95—25, July 20,1995），报道称由于“在没有首先对被讨论的个体进行检查的情况下，就做出了精神病的诊断，并且，在法庭中以专家证人的身份作证时，以 100% 的确定性预言被告可能会在未来涉入暴力行为”（p. 6），以及在贝尔富特诉埃斯特尔 463 U. S. 880（1983）等案件中提供证词，精神病学会投票决定将格里格森博士从协会中开除。见 Shuman, D. W., & Greenberg, S. A. (1998, Winter). The role of ethical norms in the admissibility of expert testimony. *The Judges' Journal*, 37, 4—9, 42—43。

很明显，美国医学会（AMA）甚至走得更远。根据一个名为“律师周末”的法律期刊的在线网站，美国医学会提出规定，医师作为专家作证是在实践医学，如果他的证词被鉴定为超出了可接受的科学标准，那么他将被起诉或从美国医学会中除名。如果证词被判断为无可靠基础，美国医学会将在一个全国范围的数据库里记录其违纪，这种记录可以在医师享有特权的医院的数据库里被发现。

如果心理学家像格里格森博士那样做，将会违背美国心理学会 2002 年颁布的伦理学原则的哪些规定？将会牵涉到专业指导原则的哪些部分？有关埃斯特尔诉史密斯的案件对心理学家以及他们对被告的责任、辩护律师以及起诉等方面的启示的讨论，见 Cunningham, M. D. (2006). Informed consent in capital sentencing evaluations: Target and content. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 452-459；又见 Foote, W. E., & Shuman, D. W. (2006). Consent, disclosure, and waiver for the forensic psychologist and lawyer. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 437-445。

莫非在治疗初期，揭示保密性局限这样的重要信息并不是心理学家的任务（如，以与警官米兰达的警告相似的方式）？如第四章所指出，法律系统迫使心理学家有时扮演政府代理的角色，如在需要他们报告儿童虐待案件或保护非公开的第三方免受父母暴力的威胁时。像这样的情况下，心理学家是否应该不管其工作的背景，告知其委托人那些自己有义务为社会服务的情境，或在哪些情境下，自己会像格里格森一样，由对委托人忠诚转向对政府忠诚？

对于学者和从业者来说，角色冲突是其职业生涯中不可避免的事实，但当其委托人被迫参与评估或治疗时——如埃斯特尔诉史密斯案——这种角色冲突则出现得更加频繁。在许多这样的案例中，都会要求司法临床学家对被迫接受评估的委托人是否可能会涉入暴力活动进行预测。这通常是判断是否要执行死刑的一个重要标准。然而，这种预测并不局限于死刑判决的案例，在更普通的案件中也会提出这样的要求，如民事监禁、保释和假释听证会、对青少年的拘留以及儿童虐待的案件。

最近，一位受理上诉的联邦法官声称，“坦率地说，事实上，科学界一致认为关于未来危险性的精神病学证词是不可信和不科学的”（p. 463）。Flores v. Johnson, 210 F. 3d 456 (5th Cir. 2000), a view that Tolman and Mullendore (2003) called "not valid" (p. 227). Tolman, A. O., & Mullendore, K. B. (2003). Risk evaluations for the courts: Is service quality a function of specialization? *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 225-232. *The next set of materials addresses this most serious controversy*。

提供对未来暴力行为的预测是不道德的吗？[1]

15

⊙ 托马斯·格里索、波尔·S.阿佩尔鲍姆(Thomas Grisso and Paul S. Appelbaum)

预测性证词的性质

让我们假设，当对“危险性预测”的批评出现时，他们针对的是“对未来暴力行为的预测”。关于未来暴力行为的专家证词可以有几种形式，所有这些形式都可以被看作为预言，“预言”这个术语被广泛地应用于行为科学和社会科学之中。我们没有预言性证词的典型形式可以提供，下面是我们经验中的一些例子：

(1)二岐视野：关于特殊行为(或典型行为)在未来会或者不会发生的陈述(“依我看来，在将来，他会涉入严重的暴力行为”)。

(2)受限信心的二岐视野：唯一可能性的陈述，以及关于专家在自己意见上信心的额外证词(“依我看来，他在将来会涉入严重的暴力行为，并且，我相信这非常有可能发生[或‘相当确定’或‘非常确定’]，我的判断会被证明是正确的”)。

(3)基于个体的危险性：关于个体在将来涉入特殊行为(或典型行为)的可能程度的陈述(“依我看来，有40%的可能，他会在将来涉入严重暴力行为”)。

(4)基于群体的危险性：关于可能性的陈述，但是是对个体所属的一类群体危险性的预测(“依我看来，这个人所属的群体中，大约有25%的人会在从精神病院释放后，涉入暴力行为”)。也可能与基于个体危险性的预测相结合(“……但我相信这个人将会比该群体表现出更高/更低的危险性”[如，根据未来周围的环境判断])。

所有这些形式的证词都会被理解为预言[脚注省略]。它们试图将临床学家对可能在未来发生的行为的专家意见告知听众。对危险性的陈述如同二岐形态的陈述一样，都是预言；危险性陈述只是提供了关于他人得出自己的二岐结论会是正确或错误的可能性的额外信息。

对暴力行为预测禁令的主要争论似乎没有受到对预言的二岐陈述的限制，而是要禁止涉及未来暴力行为和限制自由问题的预测证词的所有类型……如果有人想要谴责预测证词的所有形式都是不道德的，假如这种结论的基础是预言的科学支持并不充分，那么，如果上述任何形式的预测证词都有合理的科学支持，这种结论便是

---

〔1〕 引自 Law and Human Behavior，16，621-633. Springer1992 年授权。已获得著者和出版者的允许。

错误的。事实也确实如此。

让我们首先思考关于上述类型(1)和类型(2)中二岐预测证词的证据。论证未来暴力预测的效度缺乏科学支持的研究,主要源于20世纪70年代的一些出版物,这些文章曾被广泛查阅(如,Monahan,1981;Webster & Menzies,1987)……对这些文献的综述中总结到,临床医生并没有任何能力或特殊能力,来对一个人在将来是否会从事暴力活动进行预测,在他们做出这种预测的三个案例中,最多有一个能够预测正确(如,Cocozza & Steadman,1976,1978;……Ennis & Litwack,1974)[脚注省略]。

……对未来暴力性的二岐预言……仍然易于遭受关于其违背伦理学规范的批判。

现在让我们思考类型(3)和类型(4)的预测证词。20世纪70年代批判二岐预测效度的一些研究,提供了对以概率风险或比较危险陈述的形式提供的预测证词最早的科学支持……

20世纪80年代出现了很多更为复杂的研究,这些研究显著地增加了对鉴别未来高暴力风险群体的科学支持(如,Binder & McNiel,1988;Klassen & O'Connor,1988,1990;Link,Cullen, & Andrews,1990;Swanson,Holzer,Ganju, & Jono,1990)……

当然,这些新近的研究并没有为主张二岐形式中预测证词的效度提供科学证据(本文上述类型(1)和类型(2)中的预测证词)。他们只是在一些案例中对为法庭提供的可疑个体暴力危险性的预测证词提供了研究支持(类型(3)和类型(4)的预测证词)。然而,这已经足够可以对这种笼统的陈述提出反驳:即认为由于缺乏科学基础,所有的关于未来危险性的预测证词都是不符合伦理的……

预测证词的基础

对未来暴力性进行预测的科学基础源自于对经常从事暴力行为的研究对象特殊的特征进行鉴别的研究。提示预测危险陈述的适当性有三个重要的限制,这也与临床医生执行评估中的一般能力标准相一致……

第一,被实施危险性评估的个体,必须与源于预测模型研究中的被试相似;第二,危险性评估应当基于典型的资料,而这些典型的资料与可用于研究中的资料相似;第三,资料收集的专家评估过程和方法必须足够可靠,以保证对可疑个体的相关特征做出准确的鉴别。

预言的法律结果

……

当我们参与法律诉讼程序时,如果我们的预测证词导致了高误报率的判断并产生了相应的后果,我们的实践是否是不符合伦理的?对于这个问题,至少存在三种论点。

第一种,人们可以提出,任何以存在很高误报率的危险性预测证词为基础的对自由的限制,都是法律系统对心理学或精神病学信息的误用。这种立场以下列两种观点之一作为基础:(1)社会以低于0.5可能性的未来暴力行为的预测为基础限制个体自由的做法是错误的,并且这种做法侵犯了个体的权利,是“不合道理的”,并不利于“提高人类的福利”……;或者(2)即便有专家试图告知法庭以高误报率可能

性为基础的证词的局限性,在法庭中也会存在对信息误解或误用的可能性,而这是不可接受的。为危险可能性作证的专家都会出现很高的误报率,因此,可以认为他们是以一种不符合伦理道德的方式参与到程序当中。

第二种论点将判断留给法庭或社会去决定,而不是让心理健康专家做判断。法律条令和法律程序规定了社会可以"公正地"限制公民自由的条件。按照这种观点,即便是法律结果"错误地"剥夺了个体的自由,在这种法律框架内向法庭提供可靠的危险可能性信息(并清楚解释它的局限)的专家,也是在进行伦理学实践。在这点上,司法专家的任务与那些有着医患关系的临床心理学的任务不同,临床心理学家最重要的职责是将来访者的利益最大化。因此,如果提供了可靠的证词并清楚解释了它的局限性,法庭限制个体自由的判决不会成为专家的道德负担。

第三种观点介于前两种观点之间。这种观点并不只将决策问题留给法庭,另一方面,它也认为并不是所有类型的对自由的限制都会带来相同结果,尤其是在考虑到环境潜在可变性(如,民事拘留对死刑判决)的情况下,使受到自由限制个体的利益得到平衡。这种观点认为可变性在于法律审判权限的性质(如,众所周知的存在于某些权限的审判中的种族歧视)。这种观点认为有着高误报率的关于危险可能性的预测证词,本身并没有符合伦理与不符合伦理之分。相反,它激发了在一些情况下(如,与法律问题有关的自由剥夺的程度和类型,可能产生的利益的类型)的专业讨论,这种专业讨论涉及,为了平衡对个体和社会造成的后果,危险可能性证词引起的各种程度的误报在伦理上是可接受的还是不可接受的。

我们的目的并不是对这些立场中的任何一个进行评估、支持或改进。我们只是认为这些观点是对危险可能性预测证词的伦理学适合性问题的不同答案。第二种观点并不认为这样的预测性证词不合乎伦理,第三种观点认为预测证词在某些特定类型的法律诉讼程序中是不合伦理的,而并不是所有的预测证词都不合伦理。

第一种观点事实上是将所有的预测证词都看作是不符合伦理的……

参考文献

Binder, R., & McNiel, D. (1988). Effects of diagnosis and context on dangerousness. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 728-732.

Cocozza, J., & Steadman, H. (1976). The failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review*, *29*, 1084-1101.

Cocozza, J., & Steadman, H. (1978). Prediction in psychiatry: An example of misplaced confidence in experts. *Social Problems*, *25*, 265-276.

Klassen, D., & O'Connor, W. (1988). A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions. *Law and Human Behavior*, *12*, 143-158.

Klassen, D., & O'Connor, W. (1990). Assessing the risk of violence in released mental patients: A crossvalidational study. *Psychological Assessment*, *1*, 75-81.

Link, B., Cullen, F., & Andrews, H. (1990, August). *Violent and illegal behavior of current and former mental patients compared to community controls*. Paper presented at the meeting of the Society for the Study of Social Problems.

Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Swanson, J., Holzer, C., Ganju, V., & Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, *41*, 761-770.

Webster, C., & Menzies, R. (1987). The clinical prediction of dangerousness. In D. Weisstub (Ed.), *Law and mental health: International perspectives*, Vol. 3 (pp. 158-208). New York: Pergamon.

16 对未来暴力行为进行危险性评估：伦理学实践是可能的[1]

⊙ 安东·O. 拖曼，安德烈亚·L. 罗茨恩(Anton O. Tolman and Andrea L. Rotzien)

在民事和刑事法庭中，法官和陪审团通常要面对考虑个体未来暴力行为危险性的任务，并经常依赖于心理学专家的帮助。例如，民事案件可能会涉及考虑施加一个遏制命令来防止对潜在受害人施加伤害，评估一位有精神疾病的个体对他人可能的伤害，以及在监护判决中考虑前任夫妻对子女的可能伤害。刑事案件在判决过程中会涉及对未来危险性的考虑，包括保释、监狱分类及分监、可能的青少年转押、暴力犯罪人的判刑决定、缓刑或假释暴力危险性的处理，以及在一些审判中提供关于有"性暴力恶魔"之称的个体心理状态的意见。

然而，对暴力行为临床预测有效性的早期研究降低了对危险性临床评估、以及心理学家证词的信心。这些早期的危险性评估大多采用临床"直觉"，非标准化的临床技术和知识，以及并不是特别为评估未来危险性设计的心理学工具。对这类危险性评估的重要评论断定，这些方法在预测未来危险性上是不耐用的(Monahan, 1981)。之后，莫纳汗(Monahan, 1984)号召进行"第二代"研究来指导实践和政策的发展。

第二代危险性研究仍然关注对与各种形式的暴力行为(如身体、性、家庭暴力)有关的危险性因素的鉴别，关注精确的、指导性的临床工具的发展，来协助临床心理学家提高评估指定个体危险程度的能力。对这些工具的信度、效度以及效用的评估一般都得出了有利的结论，并表明这些方法有了明显的进步，而不再是无控制的临床推论。例如，关于这些第二代工具，即历史的、临床的、危险性管理—20(HCR—20, Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997)，最近的一篇报道总结道，"对 HCR—20 进行的研究大体支持这样的观点……它的项目可以得到可靠的计分，并且与暴力行为相关……评分者信度系数可以被接受，并且鼓励对 HCR—20 进行可信赖的使用"(Webster & Douglas, 2001, p. 3)。汉森(Hanson, 2005)提出，"确定的研究已经发现，所有这些方法[第二代工具]在预测暴力累犯中表现出了适当的精确性"(p. 214)……

尽管在对暴力行为危险性因素的理解上，以及在特殊危险性测量工具的创造上已经有了明显的进步，但仍有人批评危险性评估只是专业实践的一部分。之前的几

---

[1] 引自 Professinal Psychology: Research and Practice, 38, 71-79. 美国心理学会 2007 年授权。

位作者对已出版的关于统计基础率(statistical base rates)的顾虑以及其他需要考虑的事项进行了评价(如,Grisso & Appelbaum,1992;Saks & Kidd,1986),他们一致认为,这种技术虽然不完美,但对于法律判决者进行评估却很有价值。近期,出现另外一些批评,声称进行危险性评估是不符合伦理的,并且这些技术的证据基础对于他们应用于法庭来说并不充分(Berlin,Galbreath,Geary, & McGlone,2003;Campbell,2000,2003)。从法庭专家证人的角度,心理学家在进行危险性评估时应该意识到这些批评,并有效地对批评做出回应。本文从伦理学实践作用的视角以及法律系统所面对的任务……对这些近期出现的批评进行考察……

危险性评估:寻找关注点

……

一些人(Campbell,2000,2003;Cunningham & Reidy,2002)曾担心法庭会受到专家危险性证词的过度影响,尤其是当专家使用精确的数据时;他们顾虑的是,会增加所谓"不科学的"危险性评估引起的潜在危害,并助长这样的观点:即这些实践是不符合伦理的。然而,实际上,法庭并不是专家证词的被动接收者。法庭建立在有攻击性的对抗制系统之上,并假设事实发现者有能力通过可利用的手段(如,发现、交叉检查),将错误的科学从正确科学中区分出来……很明显,这并不能减轻心理学家的伦理学压力,即依照伦理学原则去尽可能客观和清晰地呈现自己的结论,并且强调在与危险性有关的事情上(如,精神病态),要求专家不仅要告知法庭及其官员,而且应该给他们提供培训。

……

实施符合伦理的危险性评估

总之,伦理学实践的目标并不是用高正确率对指定犯罪人未来暴力犯罪的可能性进行绝对的预测。伦理学实践的目标是向法庭提供危险性因素的信息,说明这些因素是否可以应用于当前背景,介绍并详细阐述个体先前的暴力行为史,将先前的背景与个体当前行为相联系,对未来情形进行合理的评估,并提出降低危险性的策略。符合伦理的、有效的危险性评估完全取决于评估所发生的法律背景(如,司法医院中的量刑评估对豁免评估),这与海尔布伦(Heilbrun,1997)的观点相一致。该领域的伦理学实践是基于使用现代工具和方法进行的有能力的、相关的司法评估;如果必要,对法律决策者进行的教育需要涉及报告的成分,对技术和知识的局限进行仔细的描述,以及科学推理的有效使用。危险性评估者作为中立方和对法庭在危险性问题上的教育者的角色,与专家证人的角色相一致,似乎也是区分司法评估者与临床医生的一个定义性特征(Tolman & Mullendore,2003)……

很明显,应该建议在步入法庭之前,心理健康专家在危险性评估的领域是有胜任力的。不幸的是,有证据表明涉入这些案件的专家都没有做好充分的准备(Haag,2006;Tolman,2001;Tolman & Mullendore,2003)。考虑到危险性评估领域正在发生迅猛的变化,参与到这个领域中的任何专家都必须与评估相关的指导原则及

方法保持同步。对于专家进行司法评估，在一段时期以前伦理学标准就已经出现，如专业指导原则（司法心理学家伦理学指导委员会，1991）。这些指导原则目前正在接受修订，但它们最初都是建立在当时美国心理学会伦理学标准的基础之上，并支持美国心理学会的伦理学标准……符合伦理标准的司法评估强调，不论是哪一方聘请的专家，心理学家都应作为客观评估者，而不是辩护者。参与实践的心理学家在进行评估时，应熟知并遵守这些伦理学标准（又见美国教育研究协会，1999；APA，2002）。

除伦理学标准以外，从业者还应该知道即便是对科学危险性评估的文献进行一个粗略的回顾，就可以看出对符合伦理的危险性评估实践标准更广泛的一致性意见。首先，非结构化的临床技术是不够的，对于这种观点有着普遍的一致性（e. g.，Monahan，1981）。其次，考虑到精神病态与累犯之间关系的强度和稳定性，当采用为该目的设计的工具（e. g.，Hare，2003），以及在接受对工具使用的培训之后（see also，Gacono，2000；Hart，1998；Monahan et al，2001），进行个体未来暴力行为危险性评估时，精神病态或许是一个应该得到评估的因素……

第三，危险性评估也应该审查其他已知的与评估背景相关的危险性因素（e. g.，Hanson & Bussiere，1998；Harris et al，2003；Quinsey et al，1998），这项工作得到提高，要通过使用精确的（e. g.，Quinsey et al，1998）、指导性的临床工具（e. g.，Webster et al，1997），而不仅仅是依赖于传统的临床工具和技术。在之前的文章中，我们提供了一些有关这类工具更多信息的综合资源。

第四，在进行危险性评估时，专家应该同时考虑到动态因素、潜在保护性因素以及基础比率（Douglas & Skeem，2005；Rogers，2000；Webster，Hucker，& Bloom，2002）；应该指出，像 HCR—20 这样的指导性临床工具已经将动态因素作为其中的一部分。治疗对动态因素以及作为结果的累犯的影响，尚不明确（Miller et. al，2005）。然而，道格拉斯和斯基蒙（Douglas and Skeem，2005）已提供了对关于暴力危险性评估最活跃的动态因素的精彩评论。

第五，司法评估者应该利用间接的数据资源，评估危险性的多个领域，并解决风险管理和降低危险性等问题（如，Hart，2001）。我们承认对这些资料和变量进行整合可能非常困难。我们已经发现海尔布伦等人（Heilbrun et. al，2002）以及加科诺（Gacono，2002）的文章对整合这些报告信息很有帮助。

参考文献

American Educational Research Association. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1052-1059.

Berlin, F. S., Galbreath, N. W., Geary, B., & McGlone, G. (2003). The use of actuarials at civil commitment hearings to predict the likelihood of future sexual violence. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *15*, 377-382.

Campbell, T. W. (2000). Sexual predator evaluations and phrenology: Considering issues of evidentiary reliability. *Behavioral Sciences and the Law*, *18*, 111-130.

Campbell, T. W. (2003). Sex offenders and actuarial risk assessments: Ethical considerations. *Behavioral Sciences and the law*, *21*, 269-279.

Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.

Cunningham, M. D., & Reidy, T. J. (2001). A matter of life or death: Special considerations and heightened practice standards in capital sentencing evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, *19*, 473-490.

Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, *11*, 347-383.

Gacono, C. B. (Ed.). (2000). *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1992). Is it unethical to offer predictions of future violence? *Law and Human Behavior*, *16*, 621-633.

Haag, A. M. (2006). Ethical dilemmas faced by correctional psychologists in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, *33*, 93-109.

Hanson, R. K. (2005). Twenty years of progress in violence risk assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 212-217.

Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 348-362.

Hare, R. D. (2003). *Psychopathy Checklist—Revised (2nd ed.) technical manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Static-99 coding rules revised*. Ottawa, Canada: Office of Public Safety and Emergency Preparedness. Retrieved November 8, 2005, from http://www.sgc.gc.ca/corrections/publications_e.asp#2003.

Hart, S. D. (1998). Psychopathy and the risk for violence. In D. J. Cooke, A. E. Forth, & R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 355-373). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.

Hart, S. D. (2001). Assessing and managing violence risk. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 13-26). Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.

Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision-making context. *Law and Human Behavior*, *21*, 347-359.

Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Heilbrun, K., Marczyk, G. R., & DeMatteo, D. (2002). *Forensic mental health assessment: A casebook*. Oxford, England: Oxford University Press.

Miller, H. A., Amenta, A. E., & Conroy, M. A. (2005). Sexually violent predator evaluations: Empirical evidence, strategies for professionals, and research directions. *Law and Human Behavior*, *29*, 29-54.

Monahan, J. (1981). The clinical prediction of violent behavior. In *Crime and delinquency issues: A monograph series* (Publication No. ADM 81-921). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 10-15.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford, England: Oxford University Press.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, *24*, 595-605.

Saks, M. J., & Kidd, R. F. (1986). Human information processing and adjudication: Trial by heuristics. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgment and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 213-242). New York: Cambridge University Press.

Tolman, A. O. (2001). Clinical training and the duty to protect. *Behavioral Sciences and the Law*, *19*, 387-404.

Tolman, A. O., & Mullendore, K. B. (2003). Risk evaluations for the courts: Is service quality a function of specialization? *Professional Psychology: Research and practice*, *34*, 225-232.

Webster, C. D., & Douglas, K. S. (2001). Purpose

of the companion guide. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 1-12). Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence* (Version 2). Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.

Webster, C. D., Hucker, S. J., & Bloom, H. (2002). Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence [Special issue: Risk assessment]. *Criminal Justice and Behavior*, *29*, 659-665.

评论:

尽管暴力行为预测和危险性评估几乎渗透了司法心理学的全部领域,“没有任何咨询……有着比死刑评估更重大的生死牵连的意义”(p. 473)。见 Cunningham, M., & Reidy, T. (2001). A matter of life or death: Special considerations and heightened practice standards in capital sentencing evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 473-490。辩护律师可能会要求司法心理学家为其委托人进行评估,目的是提供应将死刑改判为无期徒刑的证据。另外一方面,原告可能会要求临床医生提供死刑被告有着持续暴力威胁的证据,而这正是做出死刑宣判的主要标准。

由于美国最高法院在阿特金斯诉弗吉尼娅(536U. S. 304, 2002)一案中的判决,司法临床学家在死刑处罚诉讼中被赋予了超出减缓刑罚作用的角色。在该案例中,法庭认为对有心智缺陷的个体判处死刑违背了第八条修正案中的残酷和异常惩罚条款,并且是违反宪法的。因此,心理学家同时受雇于被告和原告,目的是支持或否定一级谋杀案中的被告存在智力缺陷的主张。不幸的是,在州与州之间对于智力缺陷并没有一致的界定,并且一些州的定义可能与专业协会的定义相冲突,如美国智力缺陷学会和美国精神病学会在智力缺陷诊断和统计手册(修订本第四编)中的定义。正如一篇论文中所指出的那样,如果州法律与临床定义相冲突,美国心理学会伦理学规范的第 1.02 标准仍要求心理学家遵守该法律,即便该法律与规范相冲突,“遵守法律的行为,会使心理学家违背心理测验原则和实践的基本依据”(p. 664)。见 Duvall, J. C., & Morris, R. J. (2006). Assessing mental retardation in death penalty cases: Critical issues for psychology and psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 658-665。目前,针对这个有趣的问题出现了一些文献。如:

Brodsky, S. L., & Galloway, V. A. (2003). Ethical and professional demands for forensic mental health professionals in the Post-Atkins era. *Ethics & Behavior*, 13, 3-9.

Ceci, S. J., Scullin, M., & Kanaya, T. (2003). The difficulty of basing death penalty eligibility on IQ cutoff scores for mental retardation. *Ethics & Behavior*, 13, 11-17.

Kessler, D. B. (2003). Atkins v. Virginia: Suggestions for the accurate diagnosis of mental retardation. *Jurimetrics*, 43, 415-426.

Watt, M. J., & MacLean, W. E. (2003). Competency to be sentenced and executed. *Ethics & Behavior*, 13, 35-41.

Young, B., Baccaccini, M. T., Conroy, M. A., & Lawson, K. (2007). Four practical and conceptual assessment issues that evaluators should address in capital case mental retardation evaluations. *Professional Psychology: Research and*

Practice,38,169-178.

在宣布对有智力缺陷的人判刑违反了宪法时,最高法院的大多数人都觉得自己没有重大过失,因为有智力缺陷的人"理解和加工信息、交流、提炼错误和从经验中学习、进行合理推理、控制冲动以及理解他人反应的能力都降低了"(Atkins v. Virginia,2002,p. 321)。这种说法回应了美国心理学会在其法官顾问摘要中对阿特金斯先生表达支持的陈述。尽管如此,

> 如果我们完全接受无能力的概念,我们便将有智力缺陷的个体归类为二等公民,潜在地就准许政府取消实现这些基本利益的权利,如结婚、抚养或培养子女,或者定立合同、立遗嘱这样一些日常权利(p. 90)。

Bersoff, D. N. (2004). The differing conceptions of culpability in law and psychology. *Widener Law Review*, 11, 83-94.

Bersoff, D. N. (2002). Some contrarian concerns about law, Psychology, and public policy. *Law and Human Behavior*, 26,565-574.

Greenspan, S., & Switzky, H. N. (2003). Execution exemption should be based on actual vulnerability, not disability label. *Ethics & Behavior*, 13, 19-26.

Kane, H. (2003). Straight talk about IQ and the death penalty. *Ethics & Behavior*, 13, 27-33.

如邦尼(Bonnie,1990)指出,对死刑强烈的道德上的反对可能会歪曲临床医生关于被告被判死刑的意见;而临床医生对死刑的强烈支持也同样会引起这样的歪曲。在所有案例中,无害原则将会支持司法心理学家应减少参与的意见。见 Bonnie, R. (1990). Dilemmas in administering the death penalty: Conscientious abstention, professional ethics, and the needs of the legal system. *Law and Human Behavior*, 14, 67-90。

在任何案例中,如果司法临床医生选择参与到死刑案件中,他们就有责任使用心理测量的可靠工具。不幸的是,事实上并非常常如此。决定死刑被告暴力倾向的两个常用工具是精神病态评定量表—修订版(PCL-R)和暴力评估指导(VRAG)。但,

> 用这些量表进行的评估并没有证明它们能可靠地预测美国监狱环境下的严重暴力行为……将PCL-R作为"精神病态"的预测标签,是最严重的误用……当与死刑相联系时,则更加严重……使用的工具如果尚未被确认能够有效应用于其所声称可以被证明的领域,则违反了职责(SGFP: Ⅱ)、资格(SGFP: Ⅵ. A, C)以及交流(SGFP: Ⅶ. D)的专业指导原则(Cunningham & Reidy, 2001, pp. 479-480)。

下文中将举出相似的案例。

关于法律、心理学以及公共政策的一些矛盾[1]

17

⊙ 唐纳德·N. 博塞夫(Donard N. Bersoff)

我最后的顾虑与不断遭人误解的实践有关,即在可处死刑的谋杀案件审判阶段精神病态评定量表修订版(Psychopathy Chesklist—Revised,简称 PCL-R)的应用。读者可能会回忆起 1995 年美国精神病学会开除的一名德克萨斯州声名狼藉的精神病专家詹姆斯·格里格森(James Grigson),他比迪阿思博士更为出名。他被开除的理由是"在没有首先对被讨论的个体进行检查的情况下,就得出精神疾病的诊断,并且为了某些需要,在法庭上以专家的身份提供证明时,以 100% 的确定性预测该个体在未来将会从事暴力活动"(Shuman & Greenberg,1998)。依我看来,不幸的是,与这种行为相似,一些被误导的、无知的、不合伦理的司法心理学家采用 PCL-R 量表在合理的心理学确定性上,证明死刑被告构成了持续暴力威胁,即便罪犯是在最高安全监狱的环境之中。构成问题的事实是,与在面谈基础上提出的精神病诊断不同,PCL-R 量表被广泛地看作为心理测验的可靠工具。尽管它在未来暴力行为的预测中可以起到一些作用,然而,近期的一些文章(Edens,in press;Edens,Petrial, & Buffington—Vennum,2001;Freedman,2001)表明,PCL-R 量表并不是与决定死刑案件中未来危险性相关的暴力行为最为恰当的有效预测工具。如,索伦森和皮尔格林 2001 年的报告宣称,在德克萨斯州监狱系统中的 6 390 名杀人犯样本中,40 年期限内的再次杀人犯罪率约为 0.2%(Sorenson & Pilgrim,2001)。考虑到监狱人群精神病态的基础比率大约为 20% ~30%,那么,根据 PCL-R 量表的界定,将近 1 600 名罪犯都会被归类为精神病态者。埃登斯等人在其将要出版的文章中引用了这个研究,并声称"即便被预测在未来 40 年中会出现的 13 起杀人案件……都是由精神病态者实施的——当然这个假设存在很大问题——这些罪犯中的绝大多数(99%)都不会再次犯罪"。弗里德曼(Freedman)2001 年发表在美国精神病学和法律学术期刊中的一篇文章中,对很多研究进行了列表总结,得出对暴力累犯的误报率等于或高于 50% 的结论。因此,在我看来,无论对多伯特诉梅里尔·道的药物案件(1993)以及库姆霍·蒂雷·科有限公司诉卡梅莉塔案件(1999)[见下一节]有任何合理的解释,死刑判决案件中使用 PCL-R 量表提供关于未来致命暴力行为的专家意见都是疏忽的、不符合伦理的、不应该得到许可的。

---

[1] 引自 Law and Human Behavior,26,565-574. 美国心理学会第 41 分会美国心理—法律协会 2002 年授权。

我也要提出警告，为死刑判决案件辩护的律师应熟知这篇文献。我强烈建议最好所有的司法心理学家都阅读这篇文章。在为其委托人进行的辩护中，辩护律师应有准备的、乐意并且能够抨击那些误用 PCL-R 量表或其他心理学工具的粗心心理学家的交叉检查结果，并将这种行为报告给有关的专业协会。

参考文献

Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc. , 509 U. S. 579(1993).

Edens, J. (2001). Misuses of the Hare Psychopathy Checklist—Revised in court: Two case examples. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 1082-1093.

Edens, J. , Petrila, J. , & Buffington-Vollum, J. K. (2001). Psychopathy and the death penalty: Can the Psychopathy Checklist—Revised identify offenders who represent "a continuing threat to society?" *Journal of Psychiatry and Law*, *29*, 433-481.

Freedman, D. (2001). False prediction of future dangerousness: Error rates and the Psychopathy Checklist—Revised. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, *29*, 89-95.

Kumho Tire Co. , Ltd. v. Carmichael, 526 U. S. 137 (1999).

Shuman, D. , & Greenberg, S. (1998, winter). The role of ethical norms in the admissibility of expert testimony. *The Judges' Journal*, *37*, 4-9; 42-43.

Sorenson, T. R. , & Pilgrim, R. L. (2001). Criminology: An actuarial risk assessment of violence posed by capital murder defendants. *Journal of Criminal Law and Criminology*, *90*, 1251-1270.

评论：

在暴力危险性评估方面，出现了越来越多的文献，格里索和汤姆金斯在1996年将这称为"每一位临床心理学家所应具备的专业能力"(Grisso T. , & Tomkins, 1996, p. 928)。见 Grisso, T. , & Tomkins, A. J. (1996). Communicating violence risk assessments. *American Psychologist*, *51*, 928-930。这些文献中的多数都得到约翰 D. 和凯瑟琳 T. 麦克阿瑟基金的心理健康与法律研究网络的支持，并得到发表。更近期的评论(包括有价值的文献)见：

Borum, K. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.

DeMatteo, D. , & Edens, J. F. (2006). The role and relevance of the Psychopathy Checklist—Revised in court. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.

Douglas, K. S. & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.

Edens, J. D. , Buffington—Vollum, J. K. , Keilen, A. , Roskamp, P. , & Anthony, C. (2005). Predictions of future dangerousness in capital murder trials: Is it time to "disinvent the wheel?" *Law and Human Behavior*, 29, 55-86.

Heibrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision—making context. *Law and Human Behavior*, 21, 347-360.

Heilbrun, K. , Dvoskin, J. , Hart, S. , & McNeil, D. (1999). Violence risk communication implications for research, policy, and practice. *Health, Risk, & Society*, 1, 91-106.

Litwack, T. R. (1994). Assessments of dangerousness: Legal, research, and clinical developments. *Administration and Policy in Mental Health*, 21, 361-378.

Melton, G. , Petrila, J. , Poythress, N. , & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluation for the courts: A handbook for*

mental health professionals and attorneys (2nd ed.). New York:Guilford.

Menzies, R., Webster, C., McKain, S., Staley, S., & Scaglione, R. (1994). The dimensions of dangerousness revisited:Assessing forensic predictions about violence. *Law and Human Behavior*, 18, 1-28.

Monahan, J., & Steadman, H. J. (1996). Violent storms and violent people:How meteorology can inform risk communication in mental health law. *American Psychologist*, 51, 931-938.

Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., et al. (2001). *Rethinking risk assessment*. New York:Oxford.

Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 663-668.

Schopp, R. F. (1996). Communicating risk assessments: Advocacy, efficacy, and responsibility. *American Psychologist*, 51, 939-944.

在讨论危险性评估的科学基础,以及对暴力行为的预测是否符合伦理等问题时,学者们是否忽略了最基本的道德问题?戈德曼在1986年对之前一系列的研究与随后出现的研究进行了对比:

> 在决定是否应该以专家的身份作证以及如何作证时,心理学家应当直接衡量其证词可能导致的道德后果,并充分使用其道德推理的权力。从道德角度来看,仅仅是报告事实和按照法庭要求行事还不够。心理学家还应该终止其为受到道德谴责的判决结果而尽力。
>
> 在很多领域中,心理学家都可能被称为专家。在这里可以列举一个与暴力行为可预测性相关的例子。假设预测方法的可靠性提高到可以接受的程度,并且法庭更多地采用这样的预测作为死刑判决的基础……依我看来,在道德上反对死刑的心理学家,无法公正地同意只报告事实和提供法庭有权寻求并利用的"伦理上中立的"科学知识,被迫地提供证词。拒绝在这种案件中作证的心理学家并不是侵占法官的角色,而只是处于这样的立场,即以个人身份拒绝为自己认为无法进行辩护的杀人案件提供证明。既然作为独立个体的心理学家无法决定相应案件中的法律,那么,介入系统活动之中并不构成对立法权的篡夺。就像普通公民不需要在道德上支持或帮助执行自己认为非常不公正的法律一样,心理学家也没有必要帮助去执行自己道德上无法接受的判决(Goldman, 1986, p. 37)。见 Goldman, A. H. (1986). Cognitive psychologists as expert witness: A problem in professional ethics. *Law and Human Behavior*, 10, 29-45.

戈德曼也提出了这样一个问题:是否存在有道德的心理学家应该拒绝履行的某些职责?这个问题已经在对死刑执行的辩论中尖锐地提出来了。尤其在福特诉温赖特的案件中(477U. S. 399, 1986),美国最高法院认为,对有精神疾病的、无能力承受死刑的罪犯执行死刑违背了残酷和异常惩罚的第八条修正案。如果心理健康专家参与对有严重精神疾病的罪犯的治疗活动,从而使其有足够能力承受死刑,那么心理学家的行为是否违反了伦理?美国医学协会曾建议内科医师不应该参与法律宣判的死刑案件。尽管1992年路易斯安那州最高法院声称,政府对被判刑罪

犯强制使用安定药物从而使其可以承受死刑的行为是违反宪法的，但是，2003年联邦的一所上诉法庭仍然支持这种“治疗”的法律。见Hensl, K. (2004). Restored to health to be put to death: Recognizing the legal and ethical dilemmas of medicating to execute in singleton v. *Norris. Villanova Law Review*, 49, 291-328。

由于军方一些临床医生的异议，关岛、新墨西哥及路易斯安那州的心理学家还没有资格建议使用精神疾病药物，但他们已经有资格对死刑罪犯是否有能力承受死刑进行评估，即对其设计或实施精神治疗和行为干预来使其具有这种承受死刑的能力。心理学家是否应该参与到这种活动之中？读者的直接反应是不应该考虑这个问题：即，宁愿选择接受死刑而不愿终生进入监狱精神病院的罪犯应得到怎样的处置？对这些问题的各种观点，见：

Bonnie, R. (1990). Dilemmas in administering the death penalty: Conscientious abstention, professional ethics, and the needs of the legal system. *Law and Human Behavior*, 14, 67-90.

Brodsky, S. L. (1990). Professional ethics and professional morality in the assessment of competence for execution: A response to Bonnie. *Law and Human Behavior*, 14, 91-97.

Freeman, S. (2002). Objectivity versus beneficence in a death row evaluation. *Ethics & Behavior*, 12, 295-298.

Heilbrun, K., Radelet, M. L., & Dvoskin, J. (1992). The debate on treating individuals incompetent for execution. *American Journal of Psychiatry*, 149, 596-605.

Salguero, R. G. (1986). Medical ethics and competency to be executed. *Yale Law Journal*, 96, 167-186.

White, W. S. (1987). Defendants who elect execution. *University of Pittsburgh Law Review*, 48, 853-877.

对于这些问题，美国心理学会伦理学原则和专业指导原则应该给予司法实践者什么样的指导？这些文件中又有什么相关规定？第三章中描述的哪些伦理学原则（如，公平和无恶意）应该奏效？在这里是否有德行伦理的位置？

1993年，最高法院提出了阐明联邦法庭接受科学证据的规则意见。将在下文相关部分引用的多伯特诉梅里尔·道药物案（509U. S. 579, 1993）中的判决，不仅仅会对危险性评估证据的准许使用产生影响，而且同样会影响到其他司法心理学证据的使用。

多伯特诉梅里尔·道药物案[1]

18

……

根据联邦证据法，审判法官必须确保接受的所有的科学证词或证据都不仅仅与案件相关，而且还应该是可靠的。

主要涉及这个职责的是第702条规则，它对专家可能要作证的对象和理论的一些规则进行了清晰的描述："如果科学的、技术的，或其他专业知识可以帮助事实探究者在案件中理解证据或对事实做出判断"，那么，专家"应该对此作证"，并且（强调）专家证词的对象必须是"科学的……知识"。[2]"科学的"这个形容词表明了自然科学方法和程序的基础。相似地，"知识"这个词则指出证词不应该只是主观信念或没有支持的猜测。根据韦氏第3版新国际英语足本词典（1986）第1252页，"知识"这个词"即指任何已知事实，或者由这些事实推断而来的、或有合理理由被当作事实的任何想法"。当然，我们无法据此总结科学证词的对象必须一定"被熟知"；可论证地，科学中并没有"一定"……但是，为了获得"科学知识"的资格，推论或声明必须是由科学的方法得出的。被提议的证词必须由适当的确证——以众所周知的事实为基础的"合理根据"——所支持。简言之，专家证词属于"科学知识"的要求确定了一个证据可靠性的标准[3]。

702规则更进一步要求证据或证词应"帮助事实探究者在案件中理解证据或对事实进行判断"。这个条件主要是指相关性。"与案件中任何问题都无关的专家证词就不是相关的，并且因此是无帮助的"（Weinstein & Berger 702[02]，pp. 702-18）……这种观点曾被贝克尔法官适当地描述为一种"适宜性"，**同前**。"适宜性"并不总是很明显，并且，出于某个目的考虑的科学效度对其他不相关的目的并不必然具有科学的效度……

702规则中的"帮助"标准需要与作为可接受性前提的相关调查有科学的联系。

这些要求在702规则中得到具体化不足为奇。根据701规则，与普通证人不

---

[1] 引自 Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc. 509U. S. 579(1993).

[2] 702规则同样适用于"技术的或其他专业知识"。考虑到这里所涉及经验的性质，我们的讨论仅限于科学背景。

[3] 科学家通常在"效度"（原则是否支持了其所声明要支持的东西）和"信度"（原则的应用是否得出了一致的结果）之间做出区分……在涉及科学证据的案件中，证据可靠性是以科学的效度为基础的。

同，在提供意见时，专家被赋予了广泛的行动自由，包括可以提供那些不是建立在第一手知识和观察资料基础上的意见（见702规则和703规则）。可以推测，这种对第一手知识惯常要求的缓和——对第一手知识的要求代表了“一种对坚持倡导‘最可靠信息资源’的习惯法的最普遍深入的体现”（咨询委员会在联邦证据法602.，28U.S.C.APP.中的标注，p.755）（引用处省略）——是在这样的假设下提出的，即专家意见应在其领域的知识和经验中有着可信赖的基础。

面对所提供的专家科学证词，随后，审判法官必须首先判断……专家是否打算：（1）对科学知识作证；（2）通过作证，帮助事实探究者理解或判断案件中的事实[脚注省略]。这就需要做一个初步的评估，来判断证词的推理过程和方法论是否具有科学效度，以及推理过程和方法论是否可以被正确地应用于问题中的事实。我们确信，联邦法官都具备进行这种调查的能力。很多因素都与这种调查有关，我们也并不期望做出一个确定性的清单或测验，但进行一些普通的观测是恰当的。

通常，在判断一种理论或技术是否是可以为事实探究者提供帮助的科学知识时，一个需要回答的关键问题是，这种理论或技术是否可以（或已经）得到检验。“现今的科学方法论建立在形成假设并对其进行检验，来判断这些假设是否可以被证伪的基础之上；事实上，这种方法论正是将科学与其他人类调查领域相区别的方法”（Green，645）又见C. Hempel，Philosophy of Natural Science 49（1966）（“构成科学解释的陈述必须经得起实证检验”）；K. Popper，Conjectures and Refutations：The Growth of Scientific Knowledge 37（5th ed. 1989）（“一种理论科学地位的标准是它的可证伪性、可驳斥性或可验证性”）（省略了强调符号）。

另外一种相关的考虑，即是理论或技术是否曾经接受过同行互查并被发表。发表（只是同行互查的一个基本要素）并不是可接受性的必要条件；它并不必然与可靠性相关……在一些情况下，有着良好基础但具有创新性的理论可能并没有发表过……并且，由于过于特殊或新颖，或其所服务的利益群体过于有限，一些主张并不能得到发表。但是，接受过科学协会的详细审查是“好科学”的构成要素，部分是因为它增加了检验出方法论中存在的大量缺陷的可能性……在有同行评议的期刊中发表文章（或没有发表）是对意见所依赖的特殊技术或方法的科学效度进行评估的一种相关考虑，尽管它并不是科学效度的决定性因素。

此外，在采用特殊科学技术的案例中，法庭通常应该考虑到已知或潜在的错误率……以及控制技术运作的存在标准和维持标准……

最后，“普遍接受性”仍然可以与调查相关。“尽管允许这样做，但可信赖的评估并不需要相关科学协会明确的鉴定，也不需要对该协会内可接受的特殊程度的明确规定”。美国诉唐宁街案（753F.2d，1238）……在判断特殊可接受性证据时，普遍接受性是一个重要的因素，同样也是“一项在该协会中只能获得少数支持的已知技术”（Downing，753F.2d，1238），应带有怀疑论的观点对其进行适当考察。

我们必须强调，702规则所设想的调查是灵活的。它占支配地位的主题是科学的效度，以及证据的相关性和可靠性，这些原则构成了向法庭所提建议的基础。当然，这种关注点只能是原则和方法论，而不是它们所产生的结论。

评论：

作为这个判决的结果，联邦证据法的第702规则得到了修订（列举出新的文章）：

> 如果科学的、技术的或其他的专业知识可以协助事实探究者在案件中理解证据或判断事实真相，那么，具有知识、技能、经验、训练或教育资格的专家身份的证人，可以对此以意见的形式或其他形式作证，如果：(1)证词建立在充分的事实或数据基础之上；(2)证词基于可靠的原则和方法之上；(3)证人已将原则和方法可信地应用于案件的事实之中。

读者可能会注意到，多伯特只解释了联邦证据法，而没有对州属的证据法进行阐述。很多州决定采用联邦证据法，但也有很多州没有采用，而只是保持这样的要求，即在该领域普遍接受的基础上对新颖科学证词的可接受性进行预测。这种证据检验的弊端是什么？对采用多伯特所提到的联邦证据法或普遍接受性检验的各州汇总的文章，见 Parry，J. W.（2004，March/April）. Expert evidence and testimony：Daubert versus Frye. *Mental and Physical Disability Law Reporter*，28(2)，136-140.

多伯特只回答了这个问题，即根据702规则，对于科学知识的可接受性应采用什么样的检验？一些分析家认为，这种判决并没有涉及规则中所说的"技术的，或其他专业知识"。更进一步，一些心理学家声称司法临床心理学的技术性要高于科学性，因此不属于多伯特所说的规则的范围。另外一些人表示强烈的反对。在随后的一个案件中，这个问题得到了解决。1999年，最高法院提出，法官对专家证词有效性进行调查的职责，应当用于所有专家证词，而不论这些证词是否是科学的、技术的或是其他专业知识。见 Kumho Tire Co.，Ltd v. Carmichael，526U. S. 137(1999)。

这两个判决与乔伊纳诉综合电气公司案（522U. S. 136，1997）的判决一样，对社会科学证词产生了很大影响。见，如：

Berger，M. A.（2005）. What has a decade of Daubert wrought? *American Journal of Public Health*，95（suppl.），S59-S65.

Breyer，S.（2000）. Science in the courtroom. *Issues in Science and Technology*，16(4)，52-56.

Campbell，T.（1999）. Challenging the evidentiary reliability of the DSM-IV. *American Journal of Forensic Psychology*，17，47-68.

Cecil，J. S.（2005）. Ten years of judicial gatekeeping under Daubert. *American Journal of Public Health*，95(Suppl.)，S74-S80.

Faigman，D.，Kaye，D.，Saks，M.，& Sanders，J.（2002）. Science in the law：Social and behavioral science issues. St Paul，MN：West Group.

Gatowski，S. I.，Dobbin，S. A.，Richardson，J. T.，Ginsburg，G. P.，Merlino，M. L.，& Dahir，V.（2001）. Asking the gatekeepers：A national survey of judges of judges on judging expert evidence in a post-Daubert world. *Law and Human Behavior*，25，433-458.

Groscup，J. L.（2004）. Judicial decision making about expert testimony in the aftermath of Daubert and Kumho. *Journal of Forensic Psychology Practice*，4，57-66.

Grove，W. M.，Barden，C.，Garb，H. N.，

& Lilienfeld, S. O. (2002). Failure of Rorschach-comprehensive-based testimony to be admissible under the Daubert-Joiner-Kumho standard. *Psychology, Public Policy, and Law*, 8, 216-234.

Gutheil, T. G., & Bursztajn, H. (2003). Avoiding ipse dixit mislabeling: Post-Daubert approaches to expert clinical opinions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31, 205-210.

Medoff, D. (2003). The scientific basis of psychological testing: Considerations following Daubert, Kumho, and Joiner. *Family Court Review*, 41, 199-213.

Ritzler, B., Erard, R., & Pettigrew, G. (2002). Protecting the integrity of the Rorschach expert witness: A reply to Grove and Barden (1999) Re: The admissibility of testimony under Daubert/Kumho analyses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 8, 201-216.

Studebaker, C., & Goodman-Delahunty, J. (Eds.). (2002). Expert testimony in the courts: The influence of the Daubert, Joiner, and Kumho decisions, Part 1 [Special issue]. *Psychology, Public Policy, and Law* 8(2).

Studebaker, C., & Goodman-Delahunty, J. (Eds.). (2002). Expert testimony in the courts: The influence of the Daubert, Joiner, and Kumho decisions, Part 2 [Special issue]. *Psychology, Public Policy, and Law* 8(3).

Studebaker, C., & Goodman-Delahunty, J. (Eds.). (2002). Expert testimony in the courts: The influence of the Daubrt, Joiner, and Kumho decisions, Part 3 [Special issue]. *Psychology, Public Policy, and Law* 8(4).

Yanez, Y. T., & Fremouw, W. (2004/5). The application of the Daubert standard to parental capacity measures. *American Journal of Forensic Psychology*, 22, 5-28.

又见, Berger, M. (2000). Expert testimony: The Supreme Court rules. *Issues in Science and Technology*, 16(4), 57-63:

最高法院的三部曲十分有效地强调了这一点,即专家证人不能在法庭中做出他在自己专业领域的工作背景中不会做出的声明。我们希望科学和技术协会也采用这个主张,来警告那些对这些原则持反对意见的、想要在司法诉讼中提供那些自己在法庭之外绝不会做出的结论的专家,并让其铭记在心。在库姆霍案件之后,法庭不再允许这样的行为,那些没有将法庭三部曲的教训铭记在心的专家,可能会发现自己作为专家证人提供的服务不会再被法庭采用(p. 63)。

法律情境中的伦理[1] 19

◎ 帕特里夏·安德坦，瓦莱丽·斯托卡普，托马斯·格里索
(Patricia Anderten, Valerie Staulcup, and Thomas Grisso)

……

伦理标准的维护

即使法庭向心理学家提出一些伦理学难题及专业冲突，我们也没有必要得出这样的结论，即心理学家应该避免进入法庭，或者避免为律师及其委托人提供咨询。对在法庭情境中加入心理学信息的潜在利益和责任进行衡量，可能会发现在这种权衡中潜在的利益更多。那么，我们的关注点应该是，在法律系统中，我们应如何以最有效和专业的方式提供服务。对我们所讨论的动态环境进行检查，可以为那些希望降低参与法律案件时违反伦理学原则的心理学家提出一些普遍的建议。

首先，了解法律程序以及心理学证词固有的问题，对维持作为专家证人所需要的能力和伦理学实践来说十分必要。当前，掌握这种知识是个体积极性的一种表现。一般的研究生专业的和伦理学问题的课程仅仅是粗略地涉及心理学家—律师关系的复杂性或专家证人的角色。然而，这个领域的职位正在不断地增多……

第二，如果某个人特别倾向于主动参与到法律案件当中，那么，重要的问题就是对该个体与这个意图有关的需要和动机进行严格的检查……利他和自我服务之类的动机的过度影响都会威胁到个体的判断。临床心理学家可能会回忆起在心理治疗训练初期督导对自己提出过相似的警告。对于多数心理学家来说，专家证人的角色就像其早期训练时心理治疗专家的角色一样陌生和复杂。因此，如果能力和伦理学实践变得十分重要，那么就特别需要掌握个体的动机。

第三，已经度过了从其他心理学家那里获得案例咨询的专业发展阶段的心理学家，可能会希望恢复那种实践。对评估资料进行的同行互查可以避免个体最初介入法律工作环境时存在的偏见，由于个体进入新的专业环境时最初的不安全感，此时自主客观性受到的威胁是最大的。

最后，我们竭力主张心理学家应坚定地与律师及其委托人（个人或法庭）确立真实合作的关系……认真的合作准备可以降低心理学家在法庭中遭遇"惊奇"的次

[1] 引自 Professional Psychology, 11, 764-773. 美国心理学会 1980 年授权。

数,也可以使心理学家避免各种道德隐患。并且,通过与律师的积极互动,心理学家才可以最好地让律师获知自己遇到的伦理学问题,并密切注意可能会过度危害委托人心理利益的事件。

随着更多的心理学家步入证人席,法庭可能会成为一个主要的信息来源,通过这些信息,公众会形成心理学是一门科学和职业的印象。心理学家有一种相应的责任,做好充分的准备来面对专家证人角色的特殊道德要求,这不仅仅是因为在公众眼里他们代表着专业,而且也是为了他们所服务的委托人的利益。

评论:

作为本章最后的结束语,我认为没有比布彻和波普1993年的概述更具有说服力和文采的总结了:

> 进行司法评估的心理学家有时拥有对他人生活的巨大控制力量。司法评估的结果可能会影响——甚至可能决定——个体是否可以获得对其子女的监护权,是否被强制付给其他诉讼人赔偿金,庭审结束后回到家里还是在监狱内度过几年。在一些案件中,评估结果甚至可能决定被控告死罪的个体的生或死。不管这种力量还牵连着什么,我们都不能认为其理所当然或不用心地对待它。对其进行清晰的伦理学和专业标准的检查……是确保这种力量得到称职、认真、适当、负责地利用的一种专业尝试。作为司法参与者,我们的责任不仅包括在我们的评估工作中支持这些标准,而且应该经常性地重新思考这些标准的性质,思考这些标准在我们的教育和训练中是否存在,思考这些标准对这种职业保证负有责任的程度,或者是选择消极地忍受、默默地认可,或者是选择鼓励违背这些标准,并且关注我们所说的、适合司法评估当前和持续发展需要的职责(Butcher & Pope,1993,p. 285)。

见 Butcher, J. N., & Pope, K. S. (1993). Seven issues in conducting forensic assessments: Ethical responsibilities in light of new standards and new tests. *Ethics & Behavior*. 3,267-288。

心理学的商业化

第十单元

在我刚开始写这一单元的时候，有一个笑话在一些心存不满的心理保健专家们口中流传。我会用幽默的方式向读者讲一下这个笑话，这可能是理解本书所反映的伦理观的一个不太有效的方法，不过它也许对理解这一单元的内容起到了一个画龙点睛的作用。

> 非常巧合，三个医生在同一天里死去，他们到达众所周知的天堂大门，等待圣彼得的面谈以决定是否被允许进入天国。
>
> "你是谁呀?"圣彼得问第一个候选人。
>
> "我是乔纳斯·索尔克"，他温顺地回答。
>
> "哦，你是疫苗的发明者，使很多儿童免受小儿麻痹的危害。进来吧。"
>
> 轮到第二位，圣彼得问了同样的问题。"我是本杰明·斯波克。我写了一本关于儿童健康和发展的书"，第二个医生以权威的姿态回答道。
>
> "啊，是的，一位睿智的咨询师，帮助了上万个处于焦虑和担忧中的父母。我们欢迎你来天堂度过永生。"然后他转向第三个申请者，问道："那么你又是谁呀?"
>
> "嗯，我是高尔顿·斯迈雷。"
>
> "不要以为我知道这个名字，你做过什么?"
>
> "我"，斯迈雷骄傲地说，"引进了保健管理的概念。"
>
> "真的吗?"圣彼得说道："好的，允许你在天堂呆上3天。"

为从事专业心理学所做的准备工作，不再是简单地租用一个办公室，买一块东方地毯、一个养鱼缸及舒服的沙发和椅子并行使独立的专业诊断。心理学很可能有一个可预见的未来即被商业化。心理学家不再是治疗师或者医生，他们成为健康服务提供者(或者更糟糕的讲，卖方)。那些接受治疗的人不再是患者或者来访者，他们成了心理服务的消费者。患者不再免费享受服务，费用账单由第三方支付者偿还。不管这种"新的说法"好与不好，这些都是心理学家们要面对的现实。

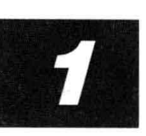
专业心理学变化的世界要面对相关委托人等一系列伦理事件。现代心理学家们必须越过一个个隐蔽的困境，这些困境隐藏了一些诸如对迅速增长的医疗护理费用的控制，实施适当的专业自主权，为患者提供他们的需要和最有利的帮助。更广泛地说，健康医疗改革提出了什么因素影响心理学商业化的问题，此类问题会在诸如利益、自主性、忠实性和公正性这样的基本伦理原则上得到体现。

心理学家要面对的另一个新环境就是对玩忽职守的担忧。虽然很少有心理学

家被成功地指控过职业疏忽，但是这种威胁依然隐现着。行使不称职的未成年人保护权评估，超越了职业关系界限与来访者发生性关系，施用不恰当的精神药物使患者产生伤害（心理学家拥有处方特权似乎是一种趋势），参与其他不符合规范的操作都可能会招致渎职的指控。为了阻止这种指控的发生以及让读者警惕可能引起医疗事故诉讼的伦理问题，这一单元将列举一些与这类重要问题有关的材料，如记录的保管（包括2007年修订通过的新记录保管指导）和妥善保管一个人的财务“房屋”。它也包含了关于2003年4月14号生效的健康保险流通与责任法案（HIPAA）的综合概括，并将在保管和散播记录方面产生一个很大的冲击。

最后，联邦政府把心理服务看作是商业的、具有竞争性的企业，就应该规范它的专业和专家。特别是，联邦贸易委员会详细审查了美国心理学会的伦理原则来调查它是否不恰当地限制了竞争。结果发现，它们很少控制费用设置、广告和客户争取。这些改变会增加专业之间的竞争（如心理学和精神病理学），但是它们也可能导致令人怀疑的伦理行为。我希望这一单元的材料能够帮助读者识别那些肮脏的行为、不好的形式、非法的活动和不道德行径之间的区别。

职业心理学商业化和新的伦理章程[1]



⊙ 格瑞德·P. 库切尔(Gerald P. Koocher)

我们渐渐发现,一个成功的实践要求的是对商业运作的精确理解,而不是在训练结束后老生常谈的讲话。心理健康管理医疗正逐渐流行,支付办法正不断变化,在金融危机时期,心理健康工作的运行作为复杂经济的一部分正在发挥着作用,我们且不管它是发挥一种独立的基础作用还是部分作用……

记　录

记录里包括的新的细节有维持……,保存……,拥有……,以及为未付款方保留记录……这些都将在新的规范里面有所涉及。现在可以明确,例如,要保护记录的机密性要求考虑所有的媒介(例如,磁性的、电子的和光学的电脑储存,与纸质的和墨水的记录一致)。这些新的规范重申了客户的权利,万一他们死亡或伤残时有利于保护这些数据的机密性。类似地,临床心理医生们必须确保那些对于来访者来说最感兴趣的记录和数据的持久有效性,这规范也清楚地表明了保留记录仅是免费的……很明显这些提供给来访者福利的记录并不能防止来访者不付款。然而,与此同时,没有明确地要求说临床心理医生在当前服务的账单未结算清楚时,需要准备附加的专业工作的报告或摘要。这种规范只在这些情况下预存记录[2]。

虽然规范里没有清晰地记录说明需要特别注意所谓的"信息高速公路",记录内容的发送,如通过电子邮件和传真也需要特别谨慎。例如,机密记录不应该通过不太安全并有可能被监控的电子邮件或传真来传输。相同地,也要认识到在蜂窝电话或无线电话中的通话并不是和有线电话一样隐秘。

一些临床心理医生声称也曾天真地为没有保存记录而是保存那些有可能流通的账单(例如,约会的日期、费用和报酬)而骄傲。其中有一位临床心理医生,她试图说服州执行委员会积极关注她的治疗过程,而这些案例记录对于他人而言几乎没有作用。在她看来,治疗过程中真正最重要的唯一一个方面就是移交过程,并且移交的案例记录不能使用书面证明来获取。这些标准已详细记录在新规范和记录保

[1] 来自专业心理学:研究和实践,25,355-361,美国心理学会1994版。

[2] 主编说明:参见通用APA伦理规范(2002)第6期中的详细的标准表明所有这些记录保存的观点。

持指导中(见下一份摘要),确保没有保存细节说明的工作会被认为是粗心大意(标准1.23和1.24)……[1]

报酬和财务管理

他指出财务管理的伦理问题,除了基本的诚实和公正……,就是泄露(隐私)。如标准1.25(a)[2]中的陈述,来访者应该学会从费用和付款等方面去认识职业关系。另外,标准1.25(c)提醒临床心理医生必须注意他们的工作(甚至个人行动)是商业化的,因此是被许多州和地方法律所规范的。例如,一位临床心理医生也许认为在来访者的账单里获得利益或对迟交付款进行处罚是一个好主意;然而,这样的做法也许很容易在没有特殊的合法许可的信用认可上,引发州债务人和债主法律的冲突……

讨论费用上升和考虑到来访者的支付能力,而且受到了来自第三方付款人的限制,诸如此类的问题非常值得考虑。临床心理医生的目标是应仔细地考虑,避免由于财政的原因而丢失了客户,在财政问题上要遵循适用的法律,要没有剥削,没有歪曲,既要考虑限制,又要考虑实际情况,并对付款者制作一份详细的报告(标准1.26)[3]。虽然在这个规范里没有提到,在这段关系的开始,用临床心理医生特殊的费用要求(例如,对错过了预约或对预约取消太迟的账单的处理办法)去争取客户的一致同意是明智的……

我们从不接受用贿赂或回扣来作为转介人的交换。然而,从FTC的观点看来,一些伦理委员会或许可委员会把这些禁令解释为在健康保护组织里禁止的参与者,更愿意要提供者组织或确定转介人服务。FTC把转介人服务视为促进竞争,这是他们本身就被认为是很有意义的问题。不幸的是,那些构成贿赂的,例如反对合法地减少费用或成员关系的支付,这些都向一个更宽的领域开放。区别合适和不合适的付款的关键点在于价格或费用减少的基本理论和证据,以及在这样的安排中对接受服务的消费者的信息公开性。

在新的规范里很清楚地表明,转介人的报酬和所分的费用必须以转介人服务而不是以转介人本身为基础(标准1.27)[4],转介人费用的付款者和接收者,应准备对提供服务(如,办公地方的租金、保密的花费或设备)所花的费用以及转介的接收者满足客户参与需要的质量做记录。

在大多数情况下,对实际提供的服务欺骗和撒谎是违法的,并且是不符合伦理的。然而在标准1.26[5],此规范特别表明了在向付款者报告和财政资源的精确性的观点,这包括提供费用支出的精确报告和共同付费的产生。类似地,对提供服务者(例如,没有表露此服务是由助手提供的)或实际的诊断者(如,夸大症状来保证保险赔付)身份的误传是显然不符合伦理的。

---

[1] 主编说明:参见现行APA伦理准则(2002)6.01。
[2] 主编说明:参见现行APA伦理准则(2002)6.04。
[3] 主编说明:见现行APA伦理准则(2002)6.06。
[4] 主编说明:见现行APA伦理准则(2002)6.07。
[5] 主编说明:见现行APA伦理准则(2002)6.06。

导致同事之间伦理冲突的最普遍的商业事件涉及一个心理医生脱离一次治疗关系的问题。这样也许意味着为后人的实践留下了一份指导,留下了一份小组和团体实践去自谋创新或苟延残喘。往往这些职业改变既不是完全自愿,也不是受那些离职的和留任的同事的一致欢迎。因此这段时间的来访者也许会经常很迷惘地被拖着走,或者像奴隶一样被各方要求接受他们提议的声称尊重客户需要的解决方法。

新的规范在标准4.08[1]适当地强调与客户中断服务有关的需求。临床心理医生被警告要细心地考虑,当他们打算进入一段雇佣或合同关系时,将如何决定雇佣双方或合同双方各自的临床责任。在这个方面,可以假设地强调来访者最大的利益(例如,在他们真正地成为一个新雇佣者的委托人之前),并且这个关于分离的敏感问题,可在一个雇佣者和被雇佣者两者处于最友善的时期提出。

评论:

弗勒罗和韦尔伯特(Fulero & Wilbert,1988)发现在临床心理医生的记录保存政策和实践方面有很广泛的可变性。他们强烈地抨击"一套在APA的支持下建立起来的详细纲领"的普及,对此他们推测,"可以帮助减少在'他们'的研究中记录—保持实践的可变性"(p. 660)。Fulero, S. M. & Wilbert, J. R. (1988) Record-keeping practices of clinical and counseling psychologists: A survey of practice, 19, 658-660。在1993年,APA回复了这一点并大概同意这个记录保存纲领。他们在2007年重新修订和增加,如这里所写他们没有正式地出版但接下来会有一个删减版问世。读者如果想阅读整篇文章,可以浏览 http://www.apa.org/practice/recordkeeping.pdf。

[1] 主编说明:见现行APA伦理准则(2002)3.12和10.09。

记录保存规范[1]



⊙ 职业行为和标准委员会，职业事务委员会，美国心理学会（CPPS，BPA，APA）

介　绍

我们设计这个规范，主要是用来指导心理医生的活动，特别是为其保存专业记录提供法律框架。州和联邦法律，以及美国心理学会的（APA，2002）“心理医生伦理准则和行为规范”（此后称为伦理规范），要求心理医生在进行心理服务的过程中，必须要保存其治疗记录。记录的特性和范围将随着治疗目的、背景以及治疗过程的变化而变化。心理医生应熟悉相关专业知识、保存记录的法律规定和伦理要求，这些规范不可能将全部细节加以描述，它只是为相关法律提供某些建设性的意见。

规范主要是对心理医生对病人实施的治疗计划、过程、病人病情发展情况作记录，并使医患[2]之间双方受益。文件记录中设有心理医生为病人提供服务时详细的治疗计划与实施步骤情况，以便心理医生较好地掌握和控制治疗进程。一旦在治疗过程中遇到重大的问题或病人向医生寻求帮助时，这些记录便可发挥出其重要的作用了，而且这些正确的记录将能够使医患之间在法律诉讼过程中或道德评估过程中双方受益，并且这种详实的记录还能够为第三方提供相关的法律证据。

……

各州及联邦政府法律

用详细的州及联邦法律和规则来管理心理学的记录保存。最大的可能是，文件打算提供的一般是与法律和管理一致的规范，万一在这些规范和一些州和联邦法律或管理间发生冲突，法律或管理会考虑取代这些规范。我们推测心理学家将使用他们的教育、技能和训练确认相关观点的正确性并企图在遵守法律和伦理的实践的基

---

〔1〕 APA 咨询和代理于 2007 年 2 月采纳。全文来自 http://www.apa.org/practice/recording.pdf。

〔2〕 全文使用的客户涉及儿童、青少年、成人、老年人、家庭、团体、组织、社团，或其他接受心理学服务的人群。虽然我们承认服务的客户和受众不必要是同一实体（APA 伦理准则，标准 3.07），出于经济原因考虑，这期客户将代替服务受众使用。

础上解决冲突。

HIPPA。心理学家服从健康信息便携和财务责信法案 1996(HIPPA),应该在 HIPPA 的安全规章和私密条例(HIPPA 简明管理规章文本,45CFR[联邦政府条例规范]160、162 和 164 部分)下领悟确定的记录保存的要求和解释。这些规范指明了在 HIPPA 要求或解释中影响记录保存的一些关键地方。然而,对于 HIPPA 遵守的要求的细节性报道超过了文件的范围,与 HIPPA 有关的规则及对他们的见解也许会改变这些规范的命运。因此,我们建议与其他有关对临床心理医生而言的 HIPPA 含义的信息资源进行协商。[1]

有效期限

这些规范预定从 2007 年 2 月 6 日(APA 委员会代表使用的时间)起十年到期。超过了这个日期,鼓励使用者联系 APA 实践目录来确定这个文件是否还有效。

规　范

1. 记录的责任。临床心理医生一般有责任保护和维护他们的记录。

理论基础。临床心理医生有专业和伦理的责任来发展和保持纪录(伦理规范 6.01),临床心理医生的记录说明并反映了他或她的专业工作。在某些情况下,这些记录是心理学家或其他人弄清临床心理医生做了什么,以及临床心理医生所做工作的理论基础的唯一途径。作为一个结果,临床心理医生渴望创造由高质量专业工作组成的记录。如果临床心理医生后来对服务和账单有疑问,使用精确的记录可方便解释和义务的履行。

……

2. 记录的内容。为了适应环境和临床心理医生管理的要求,一位临床心理医生努力地保存精确、通用和中肯的专业服务的记录。记录要包含的信息包括:特点、提交、过程、心理服务的结果和有关的费用。

理论基础。伦理规范(6.01)建立了四种为什么临床心理医生要制作和保持记录的原因。为伦理规范提供多样化的基础,在关于记录内容的决策制订上,临床心理医生应决定为了达到下列哪项目标是最重要的:(a)提供良好的服务;(b)在提供服务时与专家们协助合作;(c)万一发生临床心理医生受伤、残疾、死亡或改变提供服务时,确保专业服务的持续性;(d)提供相关的监督或训练;(e)提供文件材料要求付还或要求在合同和法律下管理这些记录;(f)特别是在高风险的状况下,用文件有效地保证决策制订;(g)允许心理学家有效地回应一个法律或规则的投诉。

……

理解关于记录的细节水平。

---

[1] 关于 HIPPA 的资料,并且心理学家遵循 HIPPA,可见健康和人类服务网页(http://www.hhs.gov/ocr/hippa/)和 APA 实践组织(APAPO)准备的文本,单独或与 APA 保险信任(APAIT;APAPO,2006a,2006b;APAPO & APAIT,2006)合作。

临床心理医生可以对案件记录的详细程度作出选择。临床心理医生要平衡客户关心的法律、伦理要求和风险。如果需要更多的证据(如,为了持久的关心,达到对反对犯罪、玩忽职守或国家许可委员会投诉的足够防护)的时候,信息被记录得模糊不清或模棱两可就不够了。然而,一些客户也许会表达一种愿望,希望临床心理医生为了最大的保护和私密而保存最少的记录。虽然保存最少的记录会有一些好处,例如,根据风险管理担心或担忧不小心地泄露,法律层面正在进行是否该保存细节详尽的记录的讨论。

这里也许包括以下一些因素,例如为治疗师在治疗的互动过程中确认趋势和类型提高机会,为诉讼的目的而加强重建治疗细节的能力,更多机会使用监督和协商,以下的观点也许会协助临床心理医生与焦虑抗衡:

> 来访者的愿望。借着各种各样的原因,来访者也许会表达减少治疗中所保存的记录的愿望。在某些情况下,来访者可能会要求以限制保存记录来作为治疗的条件。然后临床心理医生要考虑在这种情况是否可以提供治疗。
>
> 紧急或危险的减缓设置。当心理学家基于减缓紧急的目的而对人们提供危机干预,记录会因环境所限而缺乏即时性。
>
> 监管处也许会指导临床心理医生记录一些不可缺少的要素。例如,灾难救济机构也许只要求粗略的确认信息,服务日期,提供服务的一个简洁的摘要,提供者的姓名。可能会有较少的机会做出与危机较轻时那样详尽的记录,在某些时候,尤其是在短期或突然的危机后,在一次飞机事故或飓风后,不管干预发生在离事故地点多远,提供几次短暂的和纯粹的服务,很有必要在危机后建立详尽的记录。
>
> **记录的交替和销毁**。一旦建立了记录,许多证据的法律、规则和惯例禁止了信息的交替和转移。在诉讼背景下,从已被传唤出庭或被法庭下令要求的记录中增加或删除信息,要追究心理学家的责任。心理学家在想改变一个已存在的记录之前,应该寻求关于州和联邦有关法律的认可,我们建议后来补充的记录要用这样的途径去证明。
>
> **法律/监管**。一些法规或法律授权同意或禁止特殊的信息外露。例如,保存记录的团体规章也许会禁止涉及未成年犯罪或 HIV 的测试结果,或者受法规管制的关于治疗药物依赖的信息外露。在作出关于记录的详尽程度的决定时,心理学家要求报告指导实践和授权的法律法规。
>
> **紧急/场景**。临床心理医生提供服务时,要在考虑形势政策和程序的情况下决定关于记录的详尽程度(见规范 10)。
>
> **三方合同**。临床心理医生考虑保存更少细节的记录的决定是否违背了临床心理医生和第三方赔付间的合同,许多第三方付款者的合同要求记录里应包含详尽的信息,临床心理医生与这样的付款者签订了协议却没有履行将有可能经历一些不利的后果(例,要求偿还之前收到的款项或者付诸法律)。

心理服务的记录可能会包含以下三类信息:

客户档案信息:

- 确认信息(例如,姓名、身份证号);

- 联系方式（如，电话号码、地址、至亲）；
- 费用和账单信息；
- 哪里合适，监督关系或保护地位；
- 证明同意治疗的同意书（伦理规范 3.10）；
- 机密性和权利的撤除或减少信息的同意书（伦理规范 4.05）；
- 机密信息允许外露的文件证明（例如，虐待儿童报告，发布第二法庭命令）；
- 发表投诉、诊断，或以服务的要求为基础；
- 规划服务，适时更新（如治疗计划、监督计划、干预程序、社区干预、协商合同）；
- 健康和发展历史。

与客户每一个即时的联系：

- 服务的日期和每期持续的时间；
- 服务的类型（例如，商议、评估、治疗、训练）；
- 专业干预的特性或联系（如治疗模式、转介人、信件、电子邮件、联系电话）；
- 正式或非正式的客户职位评估。

记录也许也包含其他详细的信息，取决于环境：

- 客户的反应或对专业干预的阻抗；
- 与自己或他人的危险性有关的通用危险因素；
- 运用其他治疗模式如施药或生物反馈治疗；
- 紧急干预（例如，特别安排的治疗，住院）；
- 计划未来的干预；
- 描述专业/来访者相互影响的定性方面的信息；
- 预测；
- 评估或数据摘要（如，心理学测试、结构化面试、行为的评分、客户行为日志）；
- 协商或转介给其他专业机构；
- 案例相关的电话、邮件和电子邮件；
- 相关的文化或社会学因素。

3. 记录的机密性。临床心理医生采取合理的步骤来建立和保持服务过程中产生的信息的机密性。

理论基础。记录的机密性通过法律、法规和伦理标准授权（伦理规范 4.01；6.02），机密性的保证是许多临床心理医生提供服务的关键，机密性的保持在心理治疗行业维护了来访者的隐私并提高了信任。

4. 记录保存程序的公开。可行的话，临床心理医生要告知来访者记录保存程序的特点和限度（包括一个记录的机密性有限的声明；伦理规范 4.02）。

理论基础：同意告知是心理治疗行业的伦理和法律基础的一部分（伦理规范 3.10，8.02，9.03 和 10.01），记录保存程序的公开也许是这个过程的一部分。

5. 记录的维持。心理治疗行业努力地管理和保存记录来确保记录的精确性，以便心理治疗行业及其他人以合法的方式接触、使用这些信息。

理论基础。心理治疗服务记录的使用是依靠记录被有条理地更新和有逻辑地组织。来访者记录的组织方法是,允许记录的彻底性和精确性及查找的效率性,这有利于来访者和允许临床心理医生管理正在进行的照顾和干预。万一临床心理医生死亡或残疾或者因为一个无法预料的原因要把客户转介给其他专业机构,通用的、精确的和有组织的记录实现了治疗的持续性。

应用。临床心理医生也许会考虑把来访者的档案分为两个或更多部分,心理治疗记录(如 HIPPA 认为)有必要将记录分成不同的部分。

6. 安全。临床心理医生采取可行的步骤来保护记录,避免未经授权的接触、破坏和毁坏。

理论基础。临床心理医生以尊重个人权利来推动隐私和机密性(伦理规范,原则 E),合适的安全程序避免了未经授权者接触记录所带来的损失,这有可能为来访者和临床心理医生带来一连串后果[1]。限制接触记录是为了有安全防护以防止物理的和电子的破坏信息的机密性。技术的改进,特别是电子记录的保存,也许会为临床心理医生努力地保持他们的记录的安全性提出了挑战。(见规范 9)

应用。临床心理医生努力地保护他或她保存的这些纸质的和电子记录的安全性,并且他们被鼓励去发展一种计划来保证这些材料是安全的[2]。

在安全计划里,要考虑的两个方面是要贮存记录的媒介及获取记录。

保存。临床心理医生被鼓励在一个安全的地方(例如,避免火灾、水灾、霉菌、虫子等)以一种安全的方法来保护纸质的记录不受毁坏和损坏。

缩略的记录也许被复制及保存在独立的地方,以便保护样本避免自然或其他灾害。相同的,保存在机器或其他电子媒介里的电子记录也要求保护其远离损害(例如,电子领域或机器的损坏,电流的激增或耗尽,及电脑病毒、蠕虫或其他破坏程序的袭击)。临床心理医生应为了建立电子数据档案而准备,包括档案和系统的备份和数据的额外贮存。(见规范 9)

获取。获取纸质记录的控制应通过把档案保存在带锁的柜子里或其他带锁的办公室或贮藏室的保险柜里。临床心理医生要保护电子记录不被未经授权获取而要通过安全的程序(例如,密码、警报器、数字密码和鉴定),以法律、法规、要求和伦理标准组成(例如,伦理规范 6.02,HIPPA 私密条例和安全条例)。临床心理医生的雇佣程序限制获取记录,要适当的专业训练和其他有合法需要的人才能查阅这些记录。

7. 保存记录。临床心理医生尽可能地注重适用的法律和法规,及为了先前法律、法规、制度、伦理要求的标准来保存记录。

理论基础。多样化的环境(如,来自来访者或临床心理医生的要求、法律诉讼)也许会要求在临床心理医生结束了与客户的联系之后要消除来访者的记录。还有,这是有利于临床心理医生保存有关提供服务详细的特性、质量及原理。除了来访者和临床心理医生的利益以外,保存记录不仅维护了来访者和临床心理医生的利益,也维护了社会在一个公平、有效的法律下解决争端和公平管理的利益,当那些记录

---

〔1〕 心理学家服从 HIPAA 的规定并保存电子记录,安全条例要求对风险和损失或未经授权获取的一个详尽的分析,电子记录和详细的政策及程序会解释这些风险。

〔2〕 如果临床心理医生遵从 HIPPA 并保存电子记录,HIPPA 安全条例将要求为这些记录建立安全政策和进程。

寻求一些法律的观点来解释,例如治疗师在提供服务的时候,所服务对象的心理状况的特点。

应用。在缺乏替代的要求下,临床心理医生也许要考虑保留完整的记录直到最后一次为一名成年人提供服务的日期开始后的7年,或者离法定年龄最近的后三年。无论哪个更晚,在某些情况下,临床心理医生也许希望把记录保存很长一段时间,衡量要联系已废弃或过时的信息的风险或隐私的泄密,与潜在的利益相对时要保留这些记录。

8. 保护记录的背景。临床心理医生要求竭力注意记录产生时的背景状况,及这些背景状况会如何影响记录。

9. 电子记录。电子记录,如纸质记录一样,应该以一种设计好保护他们的安全性、完整性、机密性和合法获取性的方式来建立和保存,也要保证它们遵守适用的法律和伦理要求。

10. 记录保存在有组织的背景下。在有组织背景下工作的临床心理医生(如医院、学院、社区、监狱)要努力地遵循记录保存的政策和组织的程序,也包括伦理规范。

理论基础。组织的背景也许会在保存记录上呈现独特的挑战,组织的记录保存也许会在程序上和别的背景有很大差别。在组织背景下工作的心理学家也许会面临他们组织的实际情况和建立的专业规范、伦理标准或法律和法规要求间的冲突。

另外,记录的拥有权和责任并不总是被清晰地定义,多种服务提供者经常获取并提供记录,这潜在地影响了心理学家会练习记录的控制和它的机密性的程度。

应用。记录保存实践也许取决于临床心理医生与团体的法律关系的特点。在一些背景下,心理专业服务的心理记录是组织拥有的,并且假如心理学家离开的话,记录不跟随调动。然后,在协商关系中,记录拥有权和责任也许会被心理学家保存。因此,临床心理医生为了将可能出现的误会最小化,而在这段关系的开始解释清楚是很有必要的。

另外一点重要的是要注意跨学科的记录也许与普遍提供的心理记录不享有同样程度的机密保护,我们鼓励在这种背景下工作的临床心理医生对广泛地获取信息要敏感,并且只记录那些与组织要求一致并且有必要细致描绘服务提供的那些信息,例如,在一个隔离且私密的档案[1]里的理论要点。

11. 多样化的客户记录。当临床心理医生指导夫妻、家庭或团体治疗时要细心地思考书面的步骤,是为了尊重所有对象的隐私和机密。

12. 财政的记录。临床心理医生尽力保证财政记录的精确性。

理论基础。精确和完整的财政记录保存会提高账单精确性(伦理规范6.04;6.06)……

应用。这些方面将给予特别的考虑:费用协议和政策、交易协议,与调整平衡有关的观点,关注共同付款及关于收取的观点。

---

[1] 为了提高对作为HIPPA私密条例定义的"心理学疗法便条"的疗法的保护,这个便条必须从剩下的记录分离。如果他们是心理疗法便条,只有那些带着便条的临床心理医生可以接近他们,客户缺少对HIPPA的投诉的机构。

费用协议及费用政策。治疗服务的财政记录也许会以一个费用的协议或费用政策开始,费用政策阐明了以下这些要点:为服务所付款的数目和每个为了付款建立的协议的期限。这份记录也许潜在地包含了谁对这些付款负责,如何处理"错过的约定",承认一些第三方付款人预先授权的要求,建立一些共同支付和调整的合同、支付安排表,平衡未支付发生诉讼的权益,在收取付款期间暂停的机密保护,财政争论的解决方法(伦理规范6.05)。

交换协议和交易。精确地记录交换协议和交易帮助确认记录,以此清晰地反映临床心理医生如何赔偿,便于澄清分配的资源、特点,每次财政或交易的日期,有需要的话,也包括为了服务而进行的物品交换。由于临床心理医生的潜能在交易协议的协商上有很大的作用,细致的文件会保护临床心理医生和来访者。这些文本材料会反映出临床心理医生推论的依据。在一开始,这些合同既不是探索性的也不是诊断的禁忌(contraindicated)(伦理规范6.05)。

调整至平衡。设定一个原理、描述并约定调整至平衡是很有用的。这个平衡被作为与第三方支付人或被服务者共同协定的结果,这也许会降低可能的误解或接受那些也许会影响这段关系的责任。

收集。临床心理医生也许要考虑在记录里包含关于收取的难处的信息,包括把意图说明的文本材料用在收取的服务里。

13. 记录的废弃。当临床心理医生不再直接管理或计划废弃这些记录时,他要对记录的转移做好计划,确保治疗的连续性和可获取性,临床心理医生努力地采用一些方法来保持纪录的机密性和防止其泄露。

理论基础。客户的记录在转变的时期(如,脱离工作、迁移、死亡)要一致地特别处理,一个记录的移交计划要求被伦理规范(6.02)和被管理健康护理实践法律及法规两者管辖在范围之内,这样的计划是为治疗的持续性和保护其机密性提供的。另外,伦理规范(6.01;6.02)要求临床心理医生在保护他们的机密性的途径上废弃这些记录。

应用。临床心理医生有两种与移交和废弃这些记录的责任,设想一些不可预料的大事,如伤残、死亡或非自愿地脱离这次治疗。临床心理医生希望给受过训练的个人或机构建立一种用来作为记录的控制和管理的处理计划。在另一些情况下,当临床心理医生预计离开雇佣公司,关闭一个项目或退休,也许会做相同的安排或他会希望保有对来访者记录的监护权和控制。在某些情况下,临床心理医生也许要想出一个办法来告诉来访者关于他的记录的监护权的转变,这对于那些案例开放的或只有最近暂时接受服务的来访者来说特别重要,临床心理医生在处理计划中应该考虑的包括,按照法律和法规的要求,提供一个发表在公众面前的关于记录监护权转变的通知,例如在当地报纸上发表声明……

评论:

想查阅其他有用的资源,见 knapp, S. J., 和 VandeCreek, L. D. (2006). *Confidentiality. privileged communications, and record keeping. Practical ethics for psychologist: A positive approach* (pp111-128). Washington, DC: American Psychological Association.

HIPAA(健康保险流通与责任法案)：医疗记录的联邦条例

3

⊙ 唐纳德·N. 博索夫(Donald N. Bersoff)

1996 年美国健康和人类服务机构颁布健康保险流通与责任法案，因此，医疗记录的保管在本质上已经发生了改变。该法案有 3 条主要的规则：(1)贸易规则，针对保健要求、计划资格和计划范围的电子商务，建立一个标准的形式；(2)安全规则，针对卫生服务机构提供的基础设施，以保证患者信息的机密性；(3)此规则与大多数心理医师的隐私有关，针对政策、步骤和商业服务条约，用来控制对患者信息的知情权。对大部分保健计划来说，隐私规则于 2003 年 4 月生效；年收入在五百万美元以内的医师，遵守期限延长一年(见 45CFR part 160 and Subpart A & E of Part 164)。

HIPAA 的隐私规则适用于受保护的健康信息，这些信息无论是口头、书面的、打印的还是电子版的，医疗记录的内容都是关于确认的个体过去、现在和将来的身体或心理健康信息，以及对这些个体的卫生保健所提供的费用。

当有关成员机构(例如保健机构)以电子形式(网络、光盘、传真)传递受保护的健康信息时，隐私规则就会启动。一旦这些规则启动，它将规范不仅仅是那些成型的电子信息，还有心理医师的整个操作过程。除了少数例外，不管患者是否生死，隐私规则都会保护他们的健康信息。另外，只有符合以下条件的人才允许拥有病人受保护的健康信息的知情权：(1)直接参与治疗患者；(2)拥有保健记录和账单；(3)有资格保证和参加过培训的人。

从本质来讲，只有患者事先同意隐私规则时，医师才能利用受保护的健康信息对患者进行诊断、付费和保健的操作。但是，这个要求因为太过烦琐而经常被忽略。但是所有患者都会收到一个信息暴露通知，说明哪些信息是个人信息，他们的个人健康信息怎样被保护，在什么样的情况才能公布。这份通知需要有患者的签名，并且复印本放在患者的记录档案里面。患者可以随时要求察看、检查、复制和更改他们的记录。

但是，这些要求并不适用于心理治疗的记录。心理医师必须得到额外的授权才能把记录告知第三方。授权详细地说明了哪些信息可以公布、向谁公布、公布的期限，并且告知患者，即使授权，患者也有权利拒绝或者撤销。从这个角度来讲，医师用一种区别于一般的受保护的健康信息文件的安全文件保留治疗过程的记录，比如

诊断、预诊和治疗方案等第三方付款人拥有合法知情权的文件。事实上，这些规则包括了一个涉及管理医疗公司（见本章后面材料）方面的、使治疗师高兴的条款。条款禁止这些公司和其他第三方付款者通过披露心理治疗记录来获利。

一般而言，对于接受心理治疗的孩子，家长作为他们的个人监护人，也有权知道他们的心理健康记录，除非国家法律允许被监护人可未经家长同意而拥有知情权，法院授权家长之外的其他人对未成年人做健康医疗的决定，或家长同意在孩子和心理治疗师之间保持机密。

正如2006年3月通过HIPAA的条例规定，不遵守HIPAA将会受到三种逐级的惩罚。目前，DHHS拥有HIPPA条例的执行权；心理治疗师每违反一次可能会被处以最高100美元，每年上限25 000美元的罚款；错误地披露受保护的健康信息的可罚款最多每年25 000美元或者长达10年的监禁。读者应注意到在规定的日期内，DHHS收到了将近19 000份关于HIPAA应用的投诉，其中大部分投诉者来自私人医疗机构的患者。

最后，私隐规则只是确立了关于保护受保护的健康信息的最基本的任务。它只有在比国家法律严格的时候才会有优先权。而当国家法律比规则更具有保护性的时候，国家法律拥有优先权。

这只是一篇关于隐私规则中主要要求的简短的教学性总结。因为从业人员的操作和他们的工作设施（包括一些使用PHI研究者，Fisher，2004）会受到它的影响。因此，获取专业的法律咨询意见，阅读联邦文件档的规则（20001228版）和参考评论部分美国心理学学会执行组织的参考文献是很有帮助的，最好能找到其间的细微差别，成功地运用这些规则。虽然根据道德法典（APA，2002版）中的标准1.02，心理学医师可以试图调节法典和法律之间的冲突，但是标准还提示：“如果这些冲突是不可调和的，那么心理学医师要遵守法律、法规或者其他政府法律部门的要求。”

参考文献

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.

Benefield, H., Ashkanazi, G., & Rozensky, R. H. (2006). Communication and records: HIPPA [sic] issues when working in health care settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, *37*, 273-277.

Fisher. C. B. (2004). Informed consent and clinical research involving children and adolescents: Implications of the revised APA ethics code and HIPAA. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 832-839.

评论：

APA的执行组织已经制订了一系列文件来褒奖那些遵守这三条基本规则，树立遵从典范的医师。这本书向给予特殊评论的APA成员免费提供。见：

American Psychological Association Practice Organization. (2003). Getting ready for HIPAA: What you need to know. Retrievable at. http://www.apapractice.org/apo/hipaa/trans.

American Psychological Association Practice Organization. (2005). The HIPAA security rule primer. Retrievable at http://www.apapractice.org/apo/

hipaa/hipaa_security_rule. html#.

American Psychological Association Practice Organization & American Psychological Association Znsurance Trust. (2002). Getting ready for HIPAA: What you need to know now: A primer for Psychologists. Retrievable at http://www. apapractice. org/apo/hipaa/apapractice. html#.

另见:

American Psychiatric Association. (2002). Psychotherapy notes provision of the Health Znsurance Portability and Accountability Act (HIPAA) privacy rule resource document. Retrievable at http://www. psych. org/edu/other _ res/lib _ archives/200201/pdf.

虽然伊拉德(Erard)推荐过不少的测试方法,而且这些方法在合理的测试安全程度内可以被采用。但是他(2004)在一篇重要的文章里指出在HIPAA下,"原始测试数据"(见本卷第六章定义)的保护,包括病人对测试材料的反应,已经不再可行。罗杰尔斯(Rogers,2004)曾反驳过这样的观点,他哀叹测试数据和材料的保护性在HIPAA和2002年美国心理协会章程下已软化,并看到测试安全受到严重的伤害性的侵蚀。比较这两篇文章:

Erard, R. E. (2002). Release of test data under the 2002ethics code and the HIPAA privacy rule: A raw deal or just a half-baked idea? *Journal of Personality Assessment*, 82, 23-30.

Rogers, R. (2004). APA 2002 ethics, amphibiology, and the release of psychological test records: A counter-perspective to Erard. *Journal of Personality Assessment*, 82, 31-34.

近年来,联邦商务委员会仔细审查了健康医疗机构的商业惯例。他们指控这些机构束缚了专业人员,降低了从业者的竞争力和减少了可信信息在消费者之间自由流通。在检查的这些机构中,包括有执照的健康护理专家和专业协会管理着成员的道德行为。美国心理学学会道德委员会在以下年度报告的节选中指出,美国心理学会还受到联邦商务委员会检查的影响:

> 在1986年7月,联邦商务委员会调查发现美国心理学会心理医师道德准则违反了联邦的反垄断法。联邦贸易委员会尤其关注第4. b. ⅲ、4. b. v、4. b. ⅵ、4. b. ⅶ、4. b. ⅷ准则和6. d、7. b准则中的部分内容。这些法则被提出异议后,美国心理学会自动延长了对不道德行为投诉的裁决,并通知其成员。随后,美国心理学会和联邦商务委员会进行了长时间的信件来往,1989年6月,在法律顾问建议下,美国心理学会的董事会召开紧急会议并投票通过撤销这些有异议的道德法则。在1989年10月,董事会授权美国心理学会签署通过重新谈判投诉、同意协议和法令。
>
> 根据法律顾问专家观点,美国心理学会心理医师道德法则毫无疑问被确认违反了反垄断法。被美国心理学会董事会撤销的相关法则(包括美国医学协会的道德法典)也同样被联邦特区上诉违反了反垄断法。(p. 874)

见 APA Ethics Committee. (1990). Report of Ethics Committee, 1988. American Psychologist, 45, 874. For a more complete history; 也见 Koocher, G. P. (1994). APA and the FTC: New adventures in consumer protection. *American Psychologist*, 49, 322-328. (部分被重印于以下页码中)。

作为与联邦商务委员会协商的结

果,下面部分摘自于1989年删除的1981年伦理法则:

> 4(b)(iii)心理医师的公开陈述不包括患者对于心理医师的服务或产品质量的证明……;(v)陈述暗示不常见的、独特的或独一无二的能力;(vi)可能会导致患者恐惧、焦虑情绪的声明;(vii)对服务的吸引力进行比较的陈述;(viii)直接请求客户的陈述。
>
> 6(d)[心理医师]在为患者进行专业咨询的时候不能提供或者接受任何报酬。
>
> 7(b)如果患者正在接受其他心理医师类似的服务,心理医师不能给此患者提供自己的服务。

这些删除的标准为什么限制了竞争力并限制了心理医师和来访者之间信息的自由流通呢?这些标准又为什么侵害了患者的福利并干扰了有效的评估、治疗和研究目标呢?

美国心理学会(APA)和联邦商务委员会(FTC):消费者保护的新探索



◎ 吉尔瑞德·P.科克尔(Gerald P. Koocher)

……

广告限制性的本质

如果联邦商务委员会的基本目标是使公众能获得有用的信息,这一点是可以理解的。如果只执着于那种为专业主义感而做陈旧、单调的公开声明,这是不可取的。但是,对广告的一些限制可以很好地维护公众合法的利益。这在一些专业领域如心理学界里尤为重要,在这些领域里,消费者因为他们智力或精神状态而对不恰当的影响尤为敏感……

商业言论也可自由言论吗?

专业协会强行限制广告侵犯了商业自由言论吗?虽然商业言论与政治言论自由不一样,但这个概念仍然是高度相关,并常是律师们用以限制广告的争论点。商业言论如政治言论受到保护一样也受到第一次和第十四次修正案的保护(弗吉尼亚州心理学会,1975);但是,法庭已经规定面对涉嫌虚假或欺骗广告时要求提供证据仍然是合理的。联邦商务委员会的抨击扩展了消费市场对真实信息的获得,虽然仍然存在一些例外,如下面会谈到的如“赤裸裸”的请愿。对于商业言论自由争论最好的例子来自一位很有事业心的肯塔基州律师,他的名字叫沙贝罗(Shapero)。

在肯塔基州律师协会沙贝罗事件中(1988),最高法院处理了一个案件。案件中一名年轻的律师希望通过发送真实的、没有欺骗性的信件给潜在客户来联系业务,而这些客户正面临着一定法律问题。这些有争议的信件发给“取消抵押品赎回权对他们提起诉讼的潜在客户”并说明“你将会失去你的家”和“联邦法律会允许你…… 命令你的债主停止对你催债”。并建议潜在客户“打我办公室电话获得免费信息……我为你所做的一切会让你感到惊喜”(p. 1919)。

沙贝罗先生咨询了肯塔基州律师协会,他发给面临取消抵押赎回权的人们的信能否被接受。虽然事务所的专员们查明这些信没有误导信息,但他们拒绝了沙贝罗,随后引用了一份目前肯塔基州最高法院的规定禁止直接向个人求取生意(被看作是与公众敌对的)。Shapero 向美国最高法院提起诉讼并且获得胜诉。裁定的关

键一点是,他信件的内容没有虚假或欺骗性,对客户有真实的潜在利益——他们可以选择接受或者忽略。

"赤裸裸"的推销

要是商业运作中自由言论的本质涉及更加激烈的方法而不仅仅是沙贝罗律师的一封信或利用客户处于弱势地位而进行推销,那么又怎么样呢?这个底线似乎就是赤裸裸的请愿,尤其是对易受诱导的客户,这是不能容忍的。

让我们来思考一下来自俄亥俄州蒙特维尔(Montville)的一个案例,主人公是一位名叫欧拉里克(Ohralik)且具有事业心的律师(Ohralik v. Ohio State Bar Association,1978)……

[Ed. 记录欧拉里克探访了在一起交通事故中受伤的两位年轻妇女。其中一位仍然在医院里面,另一位刚出院。律师公会制裁了欧拉里克,他便向州立最高法院上诉,但最高法院同意这种直接招揽客户的行为与法律职业的理念极为不符,欧拉里克随后被起诉到美国最高法院。

美国最高法庭(Ohralik v. Ohio State Bar Association,1978)认为欧拉里克的行为是"国家有权利禁止的危险行为"(p. 449),并注明"上诉人不但把自己的业务强加于客户,他的行为也过于忽视他们的隐私"(p. 469)。

推荐书

"满意的使用者"写推荐书有一种内在的表面效力,并引起了联邦商务委员会的注意。不幸的是,像很多种形式的表面效力一样,一份推荐书认可的真正预测性的潜在远远比精神健康服务所关注的要复杂得多。如果说我们从心理治疗理论中学到了什么,那就是任何一个心理医师对那些潜在客户都不能有一样的疗效。

最新版本的道德准则有一些令人感到讽刺的明显矛盾,这里有一个明显的对比:两年前绝对禁止咨询师和心理治疗患者发生亲密的性关系,而两年后则是在中断治疗时,在患者同意的情况下咨询师可以找到患者为他们写推荐书。心理医师很清楚他们对患者生命的影响力不会随着最后一次治疗结束而结束。联邦商务委员会已经允许美国心理学会禁止从"正在接受心理治疗的患者"或者"因为他们某种特殊情况而易受到他人影响的患者"那里得到推荐书。很明显,联邦贸易委员会不理会移情关系的持续影响和它对于鉴定型广告为自动界限的结果(例如,正移情作用提供潜在的不公平和欺骗性的认可)。

虽然大部分私人执业者知道哪些满意的客户和这些客户是他们未来最好的推荐客户的人,但很少有统计数据显示公众会依赖商业的广告推荐来选择医疗服务的提供者。

诉诸恐惧

很多心理医师都感到疑惑,为什么联邦商务委员会会反对美国心理学会禁止唤起潜在客户恐惧的广告。毕竟,我们的一些客户情绪不安,对不适宜的教唆比欧拉里克案例中的年经妇女更为敏感。但从联邦商务委员会的观点来看,一般难以接受"如果广告不能推广就诉诸恐慌"的禁条。很多有影响的广告在一定水平上诉于激

动和恐惧(如,如果不刷牙就会长蛀牙,开车的时候没有安全带和空气袋就会出事故,发生不洁的性关系会感染艾滋病)。事实上,社会心理学已经告诉我们,伴随着一个设计好的行为的“诉诸恐慌”会很好地影响态度的改变。

有这样一个例子,当消费者反对帮助人们戒烟的广告,由此产生投诉。这个广告引用肺癌和其他肺部疾病来证明死亡的可能性。另一个更令人不安的例子是“赤裸裸”的教唆与唤起恐惧伴随在一起。想象一下这个情境,心理医师未经邀请,就来到一个孩子的家里,这个孩子目睹了一次操场枪击事件。心理医生鼓励家长接受一个心理治疗,以防止他们产生不可避免的创伤后应激障碍,而目前这个孩子尚无明显创伤后应激障碍的症状。

有趣的是联邦商务委员会的阿兹冠那加(Azcuenaga)专员在这一点上不同意她同事的意见。她支持美国心理学会继续禁止恐慌广告的意愿……她引用联邦商务委员会的缺乏心理治疗方面的专家的言论并声称“没有任何证据甚至没有任何假设认为公正既是难以置信的又是无效的”(Azcuenage,1990,p. 2)。她的观点通过投票表决的方式赢得了大家的支持。

费用分割

通过提供贿赂和获得回扣而转介病人都是不可取的,但依据联邦商务委员会的观点,20 世纪 80 年代一些伦理监督小组和部门将这点解释为禁止心理理疗医师参加健康护理组织、提供服务的组织或者咨询服务。联邦商务委员会认为转介服务可以促进竞争效应,其本身不应被视为一个重大问题。不幸的是,对于是什么构成赂贿的因素和反对减少合理费用或成员费用一样,有着各种各样的意见。联邦商务委员会同意允许美国心理学会发布“合理的”原则,要求公布关于咨询服务或者其他相关服务的费用。区分合理与不合理收费的关键是收费和费用优惠,还有对于客户服务相关安排的透明度。

1992 年美国心理学会伦理法典

……

……对于根据当前的章程来考虑广告宣传的心理医师来说,这些都意味着什么?如果国家许可部门想制定比 APA 更严格更细致的限制性条件会怎样?下面是一些需要特别注意的关键点。

1. 心理医师的广告宣传可以接受,不能被禁止,但是广告的内容必须真实,能引发潜在消费者的兴趣。

2. 在呈现联系方式、学历和其他信息的时候必须多加小心,以防公众被误导、混淆或者欺骗。无论是故意欺骗还是因疏忽造成的错误都可能会被起诉。

3. 曾经被禁止的、从患者处得来的推荐书和引述现在已经被许可了,只要他们不从当前进行心理治疗的客户中或者其他经历“不适影响”的人那里获取。这类广告对于心理医师的影响到现在还不清楚。

4. 不请自来的、直接的、鲁莽的对客户进行的推销是不允许的,与大量的媒体广告不同,它在某种程度上会使客户受到不良的影响。但是,这不包括邀请与正在接

受治疗的客户亲近的人来参与相同的治疗。

5. 为组织或者社区客户服务的心理医师比那些为个人服务的心理医师的限制条件更为宽松(如社区的客户可能会支持该医师)。但是,他们必须遵从事实和避免在广告里作虚假推荐。

6. 在广告中可以提及费用,但费用必须合理和符合现实条件。

7. 转诊必须服务可能要有道德地向客户或者治疗专家收费,或者两者都收,虽然费用不应该对客户隐秘,但费用也不应该与具体转诊有偏差。当费用支付后其实已经包括了这些服务费用(例如咨询费、会诊费、监督费、办公租用费)。

8. 虽然不禁止对正在接受其他专家提供治疗服务的客户进行咨询,但是要客户清楚潜在危险和冲突。最理想的做法是经过客户的同意,和另外的专家取得联系,并进行会诊。

9. 心理医师在公众面前必须小心地顾虑他们的风格和言论,无论是不是在广告里。

10. 国家可能会比专业协会制定更严厉的限制条件,只要法律机关的利益已被列入文件或者国家的利益没有侵犯到顾客对有效信息的知情权。

参考文献

Azcuenaga, M. L. (1990). *Separate statement of Commissioner Mary L. Azcuenaga concurring in part and dissenting in part in American Psychological Association File 861-0082*. Washington, DC: Federal Trade Commission.

Ohralik v. Ohio State Bar Association, 436 U. S. 447 (1978).

Shapero v. Kentucky Bar Association, 486U. S. 466 (1988).

Virginia State Board of Pharmacy et al. v. Virginia Citizens Consumer Council, Inc., et al., 425U. S. 747(1975).

评论:

库切(Koocher)正确地指出了1992年版的伦理标准反对咨询师对存在的或者潜在的客户进行不恰当的推销(见标准3.06;现在见5.06)。关于律师向遭受个人伤害的人推销,联邦商务委员会在Ohralik v. State Bar Association最高法院的决定基础上通过旧的3.06条标准,436 U. S. 447(1978)(如交通事故,由库切在先前的摘录的案例等)。但是,在1993年,高等法院撤销了一份佛罗里达州的关于防止公众会计亲自招揽业务的规定。法院声明并没有禁止所有去获得业务的尝试,但职业的区别在评价这些禁条是否合理和符合宪法有重大的意义。在Edunfield v. Fane, 507U. S. 761(1993)案例中,法院规定由公众会计来推销与律师的推销不同,因为律师受过劝说艺术的训练,而会计的训练强调独立和公正,而不是鼓吹。心理医师更像谁呢?律师还是会计?分析时不应该对客户的特殊性进行分析,而应该对职业的性质进行分析?根据那个观点,美国心理学会的5.06条标准恰当吗?

请看以下的广告:

> 早泄、阳萎和阴道痉挛,由名列《世界名人录》的心理医师为你治疗。95%的治愈率,有爱心,科学,真挚,疗程短。在上午11:00到下午1:00应诊,区码……

这个广告，由弗里斯奇和罗伯特(Frisch and Rebert，1991，p. 176)在他们的文章中引用的，这篇文章1989年发表在《山村之声》杂志中。作者认为这些自我推销对于心理学来说并没有好的效果。相反，他们提倡"心理学应该，事实上，把它的影响扩展到整个职业领域，为公众带来使用心理学服务的信息和在哪里可以找到此服务"(p. 179)。他们相信，这些公众教育项目为这个职业树立了积极的形象。见 Frisch，G. R.，& Rebert，D. (1991) Effects of advertising on psychology. Canadian Psychology，32，176-180。他们引述的这个广告是否在某些事件中侵犯了 APA 道德准则？

更多的关于心理学广告的限制的历史和关于不寻常的、唯一的或者唯一能力的宣传的道德标准的讨论和引起客户恐慌、焦虑的陈述，请参看 Shead，N. W. Dobson，K. S. (2004)。Psychology for sale：The ethics of advertising professional services. Canadian Psychology，45，125-136。

关于另一项有争议的内容，库切认为1992年道德原则的第1.27条标准(现在是第6.07条标准)并不禁止收取咨询费，但是费用是根据提供的服务而定而不是简单的回扣。但在回扣和合理收费之间的界线是很难界定的。况且，根据医疗保险法例(全国为老人设立的健康保险)和公共医疗补助(为贫困人口提供的医疗补助)法例，"无论谁有意地教唆或者收受任何报酬""无论谁有意地提供任何报酬(包括任何回扣、报酬、汇款)，无论是直接的还是间接的，公开的还是隐藏的，用现金的还是返还医疗保险或者公共医疗补助服务"都是一种重罪，会被处以最高25 000元的罚款和5年监禁。见1984年社会安全实施条例，42U. S. C. 1320a-7b(b)。这样，虽然一些咨询费用可能是道德的，但它们在联邦健康系统内可能是不合法的。一些国家道德法添加了职业资格法，可能比 APA 道德法更为严格，APA 道德委员会发布了一个声明，规定了准则"不能禁止独立立约人在与所提供服务相应的真实市场价格的范围内向同行支付一定比例的费用"，服务的定义很广泛，例如包括辅导和促销活动(p. 713)。见 APA Ethics Committee. (1995). Report of the Ethics Committee，1994. American Psychologist，50，706-713。虽然对客户进行澄清有一定作用，但谨慎的从业者在提供或者接受咨询费用之前通常会获得有效的法律建议。索取知识性和有警示作用的联邦项目中的基本欺诈性文章，见 Geis，G.，Pontell，H. N.，Keenan，C.，Rosoff，S. M.，O' Brien，M. J.，& Jesilow，P. D. (1985). Pecalating psychologists：Fraud and abuse against Medicaid. *Professional Psychology：Research and Practice*，16，823-832.

最后，在回顾1981美国心理学会的伦理法典的时候，弗斯特曼(1982)提出另外一个与金钱有关的顾虑：

> 道德标准在外部的集体服务咨询活动中看起来是模糊的(拖欠账目)。在标准的意图下，初始治疗之前获得客户的许可得到信息，那么客户不用付费。(p. 209)。

见 Faustman，W. O. (1982). Legal and ethical issues in debt collection strategies of professional psychologists. *Professional Psychology*，13，208-214。

心理学者计划使用收集中介，他们"首先告知人们会使用这种方法，向人们提供即时支付的机会"，然而收集中介的"让人反感的获取付款的尝试会使客户起诉医师"(Faustman，1982，p. 210)。欲

获取解决这些棘手问题的指南,见 Yenney, S. L., & American Psychological Association Practice Directorate. (1994) *Business strategies for a caring profession*. Washington, DC: American Psychological Association。

当此书第一次出版的时候,当时克林顿总统尝试健康护理和健康保险改革刚刚失败。因此这些写在这里仍然优先开始治疗获得一致的解决健康护理危机的方法。

健康护理改革的复杂程度远远超过了本书阐述的范围和计划。对于两个很好的背景资料,读者可以从回顾以下两篇文章获得更多:

Higuchi, S. A., & Newman R. (1994). Legal issues for psychotherapy in a managed care environment. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 11, 138-153.

Petrila, J. (1996). Ethics, money, and the problem of coercion in managed behavioral health care. *Saint Louis University Law Journal*, 40, 359-405.

很多从业者都认为与从业者有关的问题是,是否在管理护理的题目下提供精神健康服务会为心理学者和其他精神健康职业产生很多道德冲突。在1997年的对美国心理学会独立实践的42个部门调查中,442名被试中有57.8%报告在1992年的道德法典没有体现管理护理组织中的伦理冲突,有60.6%报告法典没有很好地帮助心理学家处理在管理护理组织中遇到的道德问题。见 Murphy, M. J., DeBernardo, C. R., & shoemaker, W. E. (1998). Zmpact of managed care on inde pendent practice and professional ethics: A survey of inde pendent practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 43-51。最近的对临床和咨询心理学家的调查发现,他们拥有高度管理护理的被调查人(1 200人中有365人)都有数量众多的个案要处理,因此他们要工作更长的时间,与客户有更多的接触,得到更少的管理,报告更少客户的消极行为,体验更大压力,对他们的收入更不满意,并且有更高情绪衰竭的可能。同时心理学测试咨询和评估回扣率降低。见 Rubert, P. A., & Baird, K. A. (2004) Managed care and the indepenclent practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 185-193。另见 Turchik, J. R. (2007). Practical and ethical assessment issues in rural, impoverished, and managed care settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 158-168。另见, Field, R. I. (1998). New ethical relationships under health care's new structure: The need for a new paradigm. *Villanova Law Review*, 43, 467-498。不论健康护理法制的最终程序是什么也不论尝试了什么样的方法改革管理护理,但是就像凯斯勒尔和莫顿的观察的一样:"健康政策在美国力度不够……健康政策的快速改革对心理学家、科学家、专业人士和律师有很好的启发作用"(p. 993). KieslerC. A. & Morton, T. L., (1988). Psychology and public policy in the "health care revolution". *American Psychologist*, 43, 993-1003。15年前被确认是正确的东西在今天更加被确定是正确的。

以上材料只是教学性的文字,涉及管理精神健康护理结构的本质。同时也为那些在这些不确定和充满改变的时期提供精神健康服务的人提供了指导。这也许有助于在读这些材料时考虑心理学者在当时时期的义务,那就是治疗医师在加入管理护理公司前有什么样的责任,在治疗之前对病人有什么责任,在治疗期间对病人有什么责任。

管理医疗时代的应用心理学：实践和培训的启示

5

⊙ 丽沙·M. 桑科兹和萨默尔·M. 特纳(Lisa M. Sanchez and Samuel M. Turner)

管理行为医疗:发展史

在管理式医疗出现之前,行为医疗保健的偿还方式主要是保险赔偿计划。在就诊一次付一次医疗费的偿还方式里,保险计划根据就诊时间(通常是一小时)来偿还病人或精神健康医生费用。这种偿还方式不用控制费用,而且大部分情况下个人可以自由选择医生(Hayes, Barlow, & Nelson-Gray, 1999)。医生只对少数病人进行长期治疗,且无需对治疗结果和治疗时间长短承担财务责任。在20世纪80年代,医疗保健费用的暴涨使这个体系不堪一击。1987年至1992年,心理保健的平均保险费和滥用药物的利润几乎增加了百分之百(Strosahl, 1994),全国心理保健开销几乎占了美国国民生产总值的11%(Levit, Freeland & Waldo, 1990)。这一增势影响了健康保险产业维持盈利和个人购买健康保险的能力(Hayes 等, 1999)。从此以后,保险公司开始增加对企业政府和个人的收费。

1971年,尼克松总统在给国会的信息中提出合并管理医疗和国家健康护理的观念(Deleon, Vandenbos, & Bulatao, 1991年引述),1973年,健康维护组织(HMO)对此立法。这项立法为盈利性和非盈利性健康维护组织(HMOs)的发展都提供了联邦基金(Deleon 等, 1991)。为了获得联邦政府补贴的资格,HMOs 必须提供一系列的服务,包括为门诊病人的精神健康提供保健、治疗、药物滥用咨询等服务(HMO 立法, 1974)。从一定程度上说,由于资格的限制,HMOs 很难与传统的保险计划竞争,这使该法案实施较慢。但是从1976年到1978年的修订议案通过一系列的财政与管理奖励措施鼓励了 HMOs 的增长(Deleon 等, 1991),管理医疗体系得以迅速发展。

自从20世纪80年代以来,精神健康保健较为普遍的管理方式是通过行为健康分割计划来进行管理。在分割计划中,精神健康和(或)药物滥用利润与管理式医疗、一般医疗福利是分开的;同时,预算、行政和服务提供者网络也是分开的(Grazier, Eselius, Hu, Shore & G'sell, 1999)。目前,据估计,88%管理式医疗投保人被划入管理式精神健康分割计划。这个独立体系发展的部分原因是因为行为健康保健比不上医疗保健(Cummings, 1995; Drum, 1995)。然而,由于精神健康保健同医

疗保健相比，其医疗消费在不断地上升，这是分割计划发展的最重要的原因。1980年到1995年，精神保健的消费相当于全部医疗保健消费的两倍（美国心理学协会APA，1992）。

这个现象的发生有多种原因。首先，精神健康保健体系引入了先进且昂贵的技术，包括心理治疗药物、身心评估程序（Cummings，1995；Hayes 等，1999；Strosahl，1994）。虽然医疗部也引进了新技术，但心理治疗药物通常比其他类型的药物贵很多（Docherty，1999）。其次，在1965年，精神健康服务被纳入医疗保险和医疗补助计划中，并于1973年被纳入HMO法案中，这使接受精神健康保健的人数增加了（Frank，2000）。同时，精神健康保健越来越在文化上被认可也导致了心理服务需求的增加。由于需求的增长和可用回款的增加使私人（和昂贵的）心理医院和戒瘾中心迅速增多（Hayes 等，1999）。最终导致精神健康保健体系变得很昂贵，使精神和身体健康保健服务之间出现了很多人为的区别。

当代的管理医疗系统

管理医疗这个概念最初形成于1973年，而今它不仅仅局限在HMOs内。如今的管理医疗系统拥有全国最大的卫生服务供给系统。有75%的投保人参加了管理医疗计划，在参加了管理医疗计划的投保人中有88%的人参加了管理精神健康保健分割计划（Kiesler，2000）……

管理医疗是通过管理提前支付的健康保健发展体系来控制收入和支出（Docherty，1999）。也就是说，它是人们配给健康保健服务的一个体系（cummings，Budman & Thomas，1998；IJMiller，1996）。用来补偿花费的方法有利用审核（在预定次数的治疗完成后，利用审核评估病人的资料与治疗计划并须批准继续治疗），实践分析（监督医生的花费和效果），治疗期限限制，减少病人住院时间，病人风险分担（共付费和/或免赔额），“代理服务”（比如，护理身体健康的医生必须授权精神健康专家提供咨询），尽量少用专业医生、医生风险分享（人头税）。在根据人数来提供服务的情况下，医生要预测病人服务需求并提前与公司协商（Kiesler，2000）。比如管理医疗公司可能同意付给医生一笔费用，要求医生在一年之内治疗100位病人（即既定目标），如果医生不能完成既定目标，或者实际花费高于既定目标所给予的费用，那么医生经济就会受到损失。

各种管理医疗组织因其费用控制政策不同而有所不同。HMOs与雇主签订合同向雇员提供健康服务，基于员工的数量和特点（例如年龄和性别）每年收取一定的费用。这有利于HMOs为每位雇员索取最低的价格，提供较少的服务（Hayes 等，1999）。医生通常受雇于HMO并只向计划之内的员工提供服务。因此，HMOs模式主要依赖于人头税，并因此限制了医疗和代理服务。优先选择提供者组织（PPOs）由愿意降低价格提供服务的医生组成，他们以此来换取保险公司所提供的病人资料库。PPOs主要是通过病人风险分担（共付费用）和利用审核来管理医疗。在个人实践协会（IPA）的模式中，医生根据人均安排和共付费用直接与雇主或者其他群体签署合同。员工援助计划（EAPs）由公司提供，主要是在病人初期阶段和安排转介过程中，通过鉴别心理健康水平或滥用药物的问题来节省费用（Hayes 等，1999）。总

之,HMO、PPO、IPA、EAP 共同组成美国医疗供给的主要部分。

……

管理医疗对行为医疗供给的影响

……

在服务供给和组织结构中的新模式

由于大部分美国受保人群加入了管理式行为医疗保健计划,很多医生被迫与医疗保健公司合作(Hayes 等,1999)。在 1996 年对美国心理学会 42 部(独立实践中的心理学家;N = 1 000,回馈人数 = 442)的全国调查显示,84% 的反馈者表明他们是 HMO 成员或 PPO 组员(Murphy, DeBernardo, & Shoemaker, 1998)。类似的小组成员关系有 9 种甚至更多。这种新模式使很多精神健康护理医生为了保证盈利,在治疗病人时重新调整他们的实践和治疗方案。

在管理医疗之前,大部分门诊医生工作量较小,对病人的治疗时间也比较长(Shore & Beigel, 1996)。有补偿保险并追求长期治疗的病人一般都是受过教育、富有的年轻人,他们仅为生活问题前来咨询(cummings 等, 1998)。克明斯等人(Cummings et al., 1998)指出在单向付费服务的高峰期,20% 的病人占据了 70% 的精神健康护理消费。在当前的体系内,管理医疗机构经常强制限制治疗期的长短,并且指明治疗的目标是在短期治疗内改善功能,减少症状(Bedell, Hunter, & Corrigan, 1997; Shore & Beigel, 1996)。

以前,门诊医生依靠声誉、知名度或广告来吸引病人。相比之下,现在医生依靠竞争管理医疗小组的会员关系吸引客户和获得转介资源。目前,只有病人在他们保险计划小组的基础上接受治疗,才能得到大部分的心理医疗福利。而位于保险计划小组之外的医生通常得不到医疗福利,或只能选择共付费用。因此,那些以较低价格提供优质服务的医生更有机会获得小组成员的资格或转介资源基础(Hayes 等, 1999)。这种竞争导致治疗费用下降,如前所述,管理型医疗机构的偿还服务率很低(Hayes 等, 1999)。

管理医疗政策改变了服务供给模式,也影响了临床实践组织。对美国心理学会 42 部成员(Murphy 等, 1998)的调查显示,21% 的回馈者已经从单独治疗进入到一个更大更完整的医疗网络中,另外有 23% 的回馈者期望将来加入一个医疗组织或医疗网络中。因为医生在现今系统内负有更多的管理责任,所以许多医生减少出诊时间或是雇佣员工来管理行政工作。因此,实践模式的一个变化是由于管理医疗更关注行政责任,结果导致了由医生组成的医疗网络转变成由医生和行政人员组成的更大的网络。

实践模式的第二个变化是关于治疗结果的有效性。在提供费用偿还之前,利用审核者通常要求审核有关疗效的文件。医生为了应对这一要求,提高了对量表的应用。1995 年对所有以将专门性操作评估付费作为会费的一部分的美国心理学会会员的调查表明(N = 47 119,被调查者 = 15 918),在而今有执业资格的医生中一直存在一个微妙的变化趋势,即在临床实践中使用量表。据 1969 年报道显示仅 23% 拥

有执照的医生使用量表,1970—1979 年上升为 27%,1990—1995 年上升到 31%。这种趋势可能表明了医生在保证治疗效果的同时,倾向于提供价格低廉的服务来获得管理医疗咨询和偿还费。

同样地,新的医疗费用偿还要求可能刺激了对实践指南的使用和支持。为了能更好地显示疗效,让医生负有更大的责任,在 20 世纪 80 年代末,联邦政府建立了临床实践指南(Hayes 等,1999)。最佳实践标准现在已经成为利用审核程序的一部分,如果医生没有遵守这些标准,就会被撤销管理医疗小组的会员关系并被诉诸法律。尽管有人认为指南应为服务供给创造更高的一致性,应为评估治疗精神健康问题提供一个实践基础,但也有人认为标准的干预会限制那些太复杂化和个人化的心理治疗。另外,究竟是什么因素在影响指南作用于治疗结果上这一点尚不明确。

最后,社会工作者和其他处于管理层次水平上的医生在如今的行为医疗保健中占据主导地位(Cummings,1995)。1995 年对美国心理学会成员的调查显示,83% 的反馈者认为(很大程度地认为)管理医疗导致非医生水平的医疗提供者,比如社会工作者在服务供给中的增加。有人指出由培训少学历低的从业者来提供医疗服务会导致医疗水准下降。不过这一结论还有待实践证实。

……

在管理医疗环境中的行为保健质量

……

管理医疗系统使病人接受心理治疗服务的一个方式就是要求基础护理医生授权精神健康咨询。1986 年对全国所有运营中的 HMOs 普查表明,75%($N=473$,被调查人数 $=286$)的人认为病人会要求其基础护理医生给予任何心理保健服务(Shadle & Christianson,1988)。由于越来越依赖基础护理医生的诊断和心理问题转诊,病人可能会把精神健康问题当成生理问题来对待,而单纯用药物进行治疗,这一点非常值得担忧。同样令人担忧的是让病人进入基础护理环境可能会导致其行为方面出现生物学意义的精神错乱(Dana 等,1996)。有些证据可以证实上述担忧,比如,在而今为抑郁症制订的实践指南中高度强调药物治疗……

对管理医疗系统中提供的服务质量最担忧的,也许是关于第三方付费者强行进入传统的医患关系中。尤其令人担忧的是,管理医疗公司加强了对决定方案的控制,并进一步限制了对病人提供服务……

此外,多项调查结果显示,管理医疗实践会使治疗提前结束。科罗拉多(Colorado)对 223 位心理医生的调查显示,64% 的人指出管理医疗公司的一些事故会提前结束治疗(精神分析;$N=3\ 956$,被调查者 $=718$),对美国心理学会 39 部的心理学家进行调查发现(精神分析;$N=3\ 956$,回馈问卷 $=718$),49% 的报告显示他们的病人因为病情延误或被拒绝治疗而遭受不良后果(Tucker & Lubin,1994)。不良后果包括需要住院,有自杀或杀人的想法或行为,药物致病,严重焦虑和抑郁,复发率的增加。但是结果没有显示有多大比例的人遭受着这样的情况,而且并不确定这些情况是不是因为延误或者拒绝治疗而直接导致的。此外,这些数据是通过分析得出的,而不是系统实证研究的结果。

这个消费驱动系统因为过度依赖那些知识和教育水平不高的审核者来授权接

受或反对治疗而对服务质量造成了消极影响(IJMiller,1996)……

重审行为健康护理质量

虽然调查数据显示大部分医生认为管理医疗对医疗有局限性,让社工来把关转诊病人资源,会将不合格的利用审核者引入决策程序,进而影响了医疗质量。但是有些人也认为这为提高精神治疗的疗效创造了机会……

在医疗服务受限方面,克明斯和他的同事认为更简短、有效的治疗实际从整体上更接近精神健康服务的实质,且使精神健康服务具有更好的质量。他们指出在凯泽医疗计划中为病人提供"简捷、有力、积极的心理治疗"时(Cummings & VandenBos,1981,p. 169),85%的病人只需要8.6疗程治疗,而只有10%的人需要长期治疗(Cummings,1977;Cummings 等,1998;Cummings & Follette,1976;Cummings & VandenBos,1979,1981)。尤其是,接受一个疗程治疗(在特别简单的心理治疗环境下)的病人或者接受2—8疗程(在简单的心理治疗环境下)不要求额外增加疗程的病人,在五年之内保持很低的药物使用量(与另一组需要控制的相比)。据称,减少用药反映了躯体化症状的缓解,精神困扰因此也相应得到缓解。克明斯和他的同事解释:这一结果意味着通过减少精神健康和药物治疗,简短心理治疗可以提供满意度更高的治疗效果并且节省消费。他们认为,给需要简短治疗的病人提供了短期治疗,健康体系才有能力为需要长期集中治疗的病人资助其心理治疗。

然而,克明斯和他的同事(Cummings,1977;Cummings 等,1998;Cummings & Follette,1976;Cummings & VandenBos,1979,1981)因缺乏明晰的方法、概念、数据分析而使对研究的这一系列结果的解释受到制约。这可能会影响这些结论的有效性。

缩减消费的措施对精神健康保健和接受合理治疗(如医生的可得性、治疗延后、转介规则、利用审核管理等方面)的影响尚缺乏实证数据,因此,如今还没有足够的证据支持管理医疗影响治疗质量这一结论。显然,文献中缺乏的是在引进管理医疗方式前后,不同类型的医生对不同类型精神健康问题的病人治疗效果的分析。在关于这方面的一些研究中,结果显示管理医疗实践中服务质量不尽如人意。然而,因为在这些研究中缺乏明晰的方法,就认为管理医疗影响了精神健康服务质量的定论下得还为时过早。

在管理医疗环境下对病人信息的保密

心理学家尤其是进行独立治疗的心理学家最关心的问题是,管理式医疗因审核资料在多大程度上干涉了心理治疗中的保密关系。在利用审核阶段,管理医疗工作人员从治疗医生处收集病患资料来受权治疗和付费。令人担忧的是这种侵扰可能会影响治疗关系的质量。对保密性的模拟研究发现与有限的保密环境相比,病人更喜欢绝对保密的环境。研究表明在有限的保密环境下,病人很少愿意自我表露(Haut & Muehleman,1986;Nowell & Spruill,1993)。

在第二个研究中,克瑞默和杰斯腾(Kremer & Gesten,1998)比较了在描述三种不同治疗保密环境下,学生和治疗病人在自我报告中自我表露的意愿。结果显示管理医疗环境下的病人和学生与标准限定环境和基本原理环境下相比,更不愿意主动透露信息($p<0.05$;见 Kremer 和 Gesten 1998)。相对而言,管理医疗环境与标准限

定环境对心理治疗病人的影响尤其大($n=92$,$d=0.93$)。这些数据显示由管理医疗公司强加的限制性保密会降低病人自我表露的意愿。

迄今为止,关于较少的自我表露对治疗结果产生何种影响的研究不多。然而,这暗示了病人抵抗自我表露的情绪及病人隐藏了对心理治疗有意义的信息,会导致不恰当或不充足的诊断和治疗,从而对治疗产生消极影响(Kremer 和 Gesten 1998;McGuire, Toal, & Blau, 1985)。此外,人们普遍认为治疗关系的质量是影响治疗结果的主要因素之一(例如,Beutler, Machado & Neufeldt, 1994)。而管理医疗对信息的需求引入了不信任因素,这可能会影响治疗关系。首先,对管理医疗限制性的保密产生了矛盾情绪,这种情绪的存在甚至会阻止病人继续接受治疗。其次,作为心理治疗中一个总体建构的自我表露和医疗结果间是否有着特别的关系,还不清楚。因此,自我表露对治疗结果是否起着重要作用,目前对这一先验概念尚存在争议,而在现实中,这是更多样复杂的,需要更多实践的考察。

……

关于保密性的第二个争议是管理医疗环境会影响临床医生的报告。1996 年对美国心理学会 42 部医生的调查显示,在 442 份反馈问卷中,75% 的人表示,关注有关保密性和费用偿还已严重危及病人的保密性和实践工作的汇报(Murphy 等,1998)。53% 的人强烈反对多数管理医疗公司保留有病人的机密资料,63% 的人觉得将病人资料提供给管理医疗公司存在极大的潜伏危险,将会对病人造成伤害。这种担忧显而易见,如果听之任之,其可能会向相当令人不安的方向发展。比如,在此次调查中 63% 的临床医生认为有相当多的心理学家改变诊断结果或目前的程序代码术语来保护病人的隐私、以后的雇佣关系或以后的医疗保险。61% 的人认为如果病人能得到 I 型诊断的补偿费用,心理医生会提交可获得补偿费用最低水平的诊断结果并中止 II 型诊断。除了误报所带来的伦理和法律问题,此行为还可能会导致对精神障碍治疗流行病学和治疗结果不准确信息的收集。如果这类情况发生,将导致不准确的医疗指南的发展并继而影响对病人的治疗。

参考文献

American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, *150* (4, Suppl. 1), 1-26.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *47*, 1597-1611.

Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, *51*, 1050-1058.

Bedell, J. R., Hunter, P. H., & Corrigan, P. W. (1997). Current approaches to assessment and treatment of persons with serious mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 217-228.

Beutler, L. E., Machado, P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 243-244). New York: Wiley.

Cummings, N. A. (1977). Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *8*, 491-501.

Cummings, N. A. (1995). Unconscious fiscal connivance. *Psychotherapy in Private Practice*, *14*, 23-28.

Cummings, N. A., Budman, S. H., & Thomas, J. L. (1998). Efficient psychotherapy as a viable response to scarce resources and rationing of treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 460-469.

Cummings, N. A. & Follette, W. T. (1976). Brief psychotherapy and medical utilization. In H. Dörken & Associates (Eds.), *The professional psychologist today* (pp. 165-174). San Francisco: Jossey-Bass.

Cummings, N. A., & VandenBos, G. R. (1979). The general practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *10*, 430-440.

Cummings, N. A., & VandenBos, G. R. (1981). The twenty year Kaiser-Permanente experience with psychotherapy and medical utilization: Implications for national health policy and national health insurance. *Health Policy Quarterly*, *1* (2), 159-175.

Dana, R. H., Conner, M. G., & Allen, J. (1996). Quality of care and cost-containment in managed mental health: Policy, education, research, advocacy. *Psychological Reports*, *79*, 1395-1422.

DeLeon, P. H., VandenBos, G. R., & Bulatao, E. Q. (1991). Managed mental health care: A history of the federal policy initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, *22*, 15-25.

Docherty, J. P. (1999). Cost of treating mental illness from a managed care perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*Suppl. 3., 49-53.

Drum, D. D. (1995). Changes in the mental health service delivery and finance systems and resulting implications for the National Register. *Register Report*, *20*, 4-10.

Frank, R. G. (2000). The creation of Medicare and Medicaid: The emergence of insurance and markets for mental health services. *Psychiatric Services*, *51*, 465-468.

Grazier, K. L., Eselius, L. L., Hu, T., Shore, K. K., & G'Sell, W. A. (1999). Effects of a mental health carve-out on use, costs, and payers: A four-year study. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *26*, 381-389.

Haut, M. W., & Muehleman, T. (1986). Informed consent: The effects of clarity and specificity on disclosure in a clinical interview. *Psychotherapy*, *23*(1), 93-101.

Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care*, Boston: Allyn & Bacon.

Hipp, M. L., Atkinson, C., & Pelc, R. (1994). *Colorado Psychological Association legislative survey*. Denver: Colorado Psychological Association.

HMO Act of 1973, 42 U. S. C. § 300*e*(1973).

HMO law includes mental health services as basic benefit. (1974). *Hospital and Community Psychiatry*, *25*, 257-261.

Kiesler, C. A. (2000). The next wave of change for psychology and mental health services in the health care revolution. *American Psychologist*, *55*, 481-487.

Kremer, T. G., & Gesten, E. L. (1998). Confidentiality limits of managed care and clients = willingness to self-disclose. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 553-558.

Levit, K. R., Freeland, M. S., & Waldo, D. R. (1990). National health care spending trends, 1988. *Health Affairs*, *9*(2), 171-184.

McGuire, J., Toal, P., & Blau, B. (1985). The adult client's conception of confidentiality in the therapeutic relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, *16*, 375-384.

Miller, I. J. (1996). Managed care is harmful to outpatient mental health services: A call for accountability. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*, 349-363.

Murphy, M. J., DeBernardo, C. R., & Shoemaker, W. E. (1998). Impact of managed care on independent practice and professional ethics: A survey of independent practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 43-51.

Nowell, D., & Spruill, J. (1993). If it's not absolutely confidential, will information be disclosed? *Professional Psychology: Research and Practice*, *16*, 385-397.

Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 31-36.

Shadle, M., & Christianson, J. B. (1988). Organization of mental health care delivery in HMOs. *Administration in Mental Health*, *15*, 201-225.

Shore, , M. F., & Beigel, A. (1996, January 11). The challenges posed by managed behavioral health care. *New England Journal of Medicine*, *334*(2), 116-119.

Strosahl, K. (1994). Entering the new frontier of managed mental health care: Gold mines and land mines. *Cognitive and Behavioral Practice*, *1*, 5-23.

Tucker, L., & Lubin, W. (1994). *National survey of psychologists* (Report from Division 39, American Psychological Association). Washington, DC: American Psychological Association.

法律责任和管理医疗 6

⊙ 保罗·S. 阿佩尔巴姆(Paul S. Appelbaum)

……

临床医生的赔偿责任限制

……

在管理医疗系统中,尤其在当病人的补偿金不能完全支付医疗的情况下,临床医生并不总能提供或获得他们认为对病人必需的治疗。如果一个管理医疗公司的精神保健福利审核者所下的结论是,医生所推荐的这份医疗不是"必要的医疗支出",就算病人没有用尽现有福利,所申请的保险金可能会被拒绝(Hall & Anderson,1992)。尽管精神健康专家总是不得不处理有限福利的问题,对每一个投保病人来说保险金的拒绝现在仍是一个潜在的问题,而且这种情况可能发生在治疗的早期。

为了证明身处这种环境下的心理医生言论的真实性,让我们试想一下如下的虚拟事件(但是并非难以理解的事件)。一个抑郁、有自杀倾向的病人在住院后接受门诊部医生两个月的心理治疗。尽管抑郁症的急性症状已经解决,但医生认为长期治疗有助于维持病人的稳定状态。病人的保险计划下仍有足够的保险金,但病人没有私人钱财来支付以后的治疗。管理医疗公司的员工根据审查记录和与医生电话讨论来监督治疗过程,决定以后的医疗是不是必要的医疗支出。由于近来国家基金的削减,没有一个公众部门给这类病人提供财政资助。

像在此类案例中,医生应该如何做?是否应该在没有补偿金的情况下继续对病人进行治疗?如果要求一个医生免费治疗大批这种病人,在允许拒绝提供此类服务之前他可以免费治疗多少人?或许虽然医生认为为了阻止复发,更进一步的治疗是必需的,他还是应该简单地终止病人的护理吗?如果这样的话,假使病人再一次自杀或严重伤害他或她自己,由谁来承担责任?

有关这些问题通常都由精神健康行业的"治疗准则"来解答,这一准则通过临床医师的临床经验衍变而来,由这个领域的专家和学者总结成形。如果不遵守这个标准,就会被认为是失职。因此,在这种情况下,那些关心减少责任风险的医生们自然想知道他们的同行和法院将何种操作准则视为合理的标准。

然而,由于医生和法院很少有机会处理这样的问题,所以难以确定在这种情况下符合合理准则的工作程序。专业文献和法庭经常要花费十年甚至更多的时间才

能赶上实践的发展,所以在没有先例的情况下制订的准则常以缓慢的速度才能渐渐明朗化。此外,治疗准则不是固定不变的,而是随着新的治疗技术的发展和在医疗供给中的创新而不断变化发展的。早期数据显示管理医疗本身的引进导致了职业标准的改变,包括从住院治疗到门诊治疗的极大转变(Thompson, Burns, Goldman, & Smith, 1992)及每个治疗阶段中门诊病人治疗期数的减少。因为这些数据反映了在精神健康治疗中广泛使用这种方法,专业人士和法院很可能以此构建合法备选的医疗标准。

……

上诉不良决定的责任

如果病人认为有迹象显示剥夺了他或她的医疗赔付,心理医生至少有义务为了病人的利益而与管理医疗公司辩护。所有像这样的系统都有上诉程序,而且国家新法为了规范管理医疗实践,而为医疗服务的可得性和反馈速度设定了某种评定参数(美国医药协会 1990)。

尽管医生愿意承担拥护病人这种需求的义务,但是许多问题仍然存在。上诉必须追究多远?管理医疗公司和保险公司通常有多层审核。每个病例都要经过整个程序的审核吗?因为管理医疗机构经常被指责设置费时的程序性障碍以阻止上诉,医生在这一进程上花费无偿时间的义务的程度是否取决于所需的时间?

每个病例都要上诉吗?只在紧急或突发情况下履行这种义务,还是在包括那些有利于病人治疗的病例中也履行这种义务?或许更重要的是,上诉成功的可能性会影响职责吗?如果以前的上诉总是或几乎总是遭到拒绝的话,心理医生有义务每次再试一次吗?比如,在弗吉尼亚州,布鲁·克鲁斯和布鲁·希尔德(Blue Cross & Blue Shield)的调查显示在上诉中只有 4.6% 的成功率(管理健康医疗的任务,1991),这是不是非常充分地证明了存在着总一直上诉的需求?

这些问题的答案尚未确定,但的确正形成了一个逐渐演变的信念,那就是心理医生至少有义务付出一些努力为必要的治疗争取批准。此外,律师经常给管理医疗机构如何为他们的行为避免法律责任提供建议(在下文进行充分讨论),建议当医师坚决认为必需进一步治疗时不要拒绝支付保险金。他们建议在其他审核(可能是中立的第三方)加入的时候,审核者应授权过渡期的治疗(Hinden & Elden 1990)。如果管理医疗公司遵从这些建议的话,上诉可能更有效力,至少在短期内,利用这种义务上诉更易获得成功。

从临床医生的角度来看什么才是合理的方法?当医生认为所谈及的治疗非常有利于病人健康恢复时,至少应该对不利决策采取初步上诉。只有在和病人商量之后,考虑到成功的可能性以及确定病人是否渴望继续进行治疗和其他可行的支付手段之后,再决定是否要进行进一步诉求。尽管在这一点上未来会有所改变,但目前尤其当病人能支付与不良决策辩论期间所花费的额外治疗费用时,临床医生无需直接承担寻求补偿金的这些程序的责任。很多精神健康专家为了响应与管理医疗体系包括上诉程序在内的行政要求,在保持费用不变的情况下缩短了治疗时间(比如在许多地方治疗“时长”由 50 分钟降到 45 分钟)。

泄露的责任

莫瑞恩(Morreim)提出在临床中引入管理医疗给医生带来了一个额外的义务,即和病人讨论其治疗的经济影响。这一责任是建立在医生的基本职责上,如诚信职责、合同义务或者只披露获得病人知情同意的有关资料。

此类职责应包括什么?在治疗初始,临床医生应同病人讨论管理医疗对治疗过程所造成的潜在影响,包括在病人或医生认为治疗目标到达之前治疗费用中止的可能性。即将接受痛苦的自我表露治疗和具备烦恼后果治疗的病人可能会发现这些资料对决定进程起着重要的作用。自我表露的性质和向管理医疗审核者可能泄露信息的程度也许会对病人有利。

如果进一步的补偿金被拒绝,那么临床医师将与病人就选择去向问题进行全面讨论。补偿金的拒绝本身而言并不意味着须中止治疗。病人可能选择自费治疗,或在上诉期内冒着被追究责任而应付医疗费用的风险继续治疗,或转介到其他免费或较便宜的治疗方式可能也是一个选择。

向病人泄露此类信息的义务看起来既合理也不烦琐。不过法院尚未裁决是否将它列为一种职责,因此,其法律地位尚不清楚。

继续治疗的职责

当管理医疗公司拒绝提供进一步治疗的补偿金时,医生在没有报酬或报酬降低的情况下总是持有为病人继续治疗的选择权。从医生的观点来看,这很明显不是一个有吸引力的选择,但有可能是在他所需的情况下必须做出的选择,尽管其地位尚不明确。

大部分专家可能同意当医生认为出现紧急情况时——比如如上述的病例中,病人有极强烈的自杀倾向——在紧急状态解决之前或找到另一种可替代的医疗服务提供者前都有为病人继续治疗的义务(Appeblbaum & Gutherl ,1991)。在医疗补偿金完全耗尽时,如存在这种情况,医生的这种责任同样存在(法院公布,1992)。因为原则上不会拒绝此类案例的补偿金,所以这种情况不会经常出现。

医生在非紧急情况如本案中责任的本能没有那么明显。法院审理一些可追溯到管理医疗时代之前的案例表明,医生和医院一旦接受治疗某个病人就需提供所有必需的治疗(Marsh,1985)。很多近期的案件也可发现类似的规定。一些心理学家试图废除管理医疗协议,因为这对病人的治疗有负面影响,有很多人对此不赞同,他们指出"不管提议的治疗方案是否被批准,心理医生都有权利甚至是道德和法律方面的义务为病人提供合理的治疗"(Varol v. Blue Cross and Blue Shield of Michigan, 1989,p. 833)。

然而,作为一项公共政策问题,这种做法没有意义,而且显然不会在长期内持续下去。不能简单要求医生和医院提供无限量的无偿服务。那么不放弃接受治疗的病人的责任是什么呢?大家应该看到,这个责任不是绝对的,特别是在非紧急情况下。如果在保险金返回到期情况下,病人无法或不愿承担医疗费用,医生的义务只限于适当的转介或终止治疗(在免费或廉价治疗的情况下)。由于治疗时间长短可能需要终止一到数个治疗期来结束和巩固治疗的目标。当然,住院病人需要足够的时间来准备还债计划。虽然不能提出更合理的要求,但值得注意的是,这是法院尚

未处理的另一个问题。

管理医疗体现出来的经济现实情况给临床医师提出了一系列新的义务，包括拥护病人的利益和披露治疗决定所造成的经济后果。然而，向病人提供无限的无偿医疗不可能是医生职责的一部分……

参考文献

American Medical Association. (1990). Utilization review. *State Health Legislation Report*, *18*(2). 30-35.

Appelbaum, P. S., & Gutheil, T. G. (1991). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (2nd ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.

Court finds Charter negligent in discharge of suicidal teen: Hospital will appeal. (1992, March 20). *Psychiatric News*, p. 1.

Hall, M. A. (1989). The malpractice standard under health care cost containment. *Law, Medicine, and Health Care*, *17*, 347-355.

Hall, M. A. & Anderson, G. F. (1992). Health insurers' assessment of medical necessity. *University of Pennsylvania Law Review*, *140*, 1637-1712.

评论：

在试图获得进一步的治疗的时候，阿培尔鲍(Appelbaum)认为这个选择并没有夸大诊断结果。在《纽约时代》杂志刊登的一篇对内科医生的调查中，45%的内科医生说，如果内科医生认为治疗是必要的，而保险公司又拒绝付款，他们将谎报诊断结果。疾病对生命的威胁越大，医生故意说谎的概率就越高。32%的调查者支持说谎对严重抑郁症进行精神治疗。见 The Ethics of lying. (1997, August 2). The New Youk Times, p. C9. see also Buckloh, L., & Robert, M. (2001). Managed mental health care. Attitudes and ethical beliefs of child and pediatric psychologists. *Jouenal of Pediatric Psychology*, *26*, 193-202。

关于独立执业者最相关的调查表明，管理治疗的影响是显著的：

> 研究结果表明，来访者提供费用的方式对于治疗师在治疗过程中作出诊断会产生重要影响，尤其是……，与来访者现金支付相比，通过管理治疗支付更有可能被诊断为精神障碍，尤其是诊断为适应障碍。(p. 192)

Kielbasa, A. M., Pomerantz, A. M., Krohn, E. J., & Sullivan, B. F. (2004). How does clients' method of payment influnce psychologists' diagnostic decision? *Etnics & Behavior*, 14, 187-195.

APA准则的什么条款促使治疗师为了某种目的而故意误诊，故意误诊的目的总是正义的吗？为了使服务更加广泛，尽管越来越严格的诊断可能被视为合适的和能解决错误选择的短期问题，但从长期来说会对来访者产生不利影响。他们的档案里面诊断记录比他们的实践情况更加糟糕。这可能影响他们获取某个职位或者进入某个行业，另外一个副作用来自心理治疗师的报告和治疗记录可能包含对临床诊断历史、现在状况和诊断结果的错误的解释，使治疗记录在辅助性研究中不能发挥作用。

管理门诊病人的心理健康计划：对参与者的临床、伦理和实践的指导



⊙ 里奥纳多·J. 哈斯和尼科霍拉斯·A. 考明斯(Leonard J. Haas and Nichholas A. Cwnmings)

……

管理心理健康保健：唯一的威胁？

……

有很多方式可以限制未来的保险投保人或病人对计划或一项服务的接近，这些方式可以通过临床的、财政的和伦理的角度进行考察，因为它们表达了对这些政策决定的比较传统的关注。对这种选择和相关的道德的关注的描述如下：

1. 该计划可能很容易对治疗产生限制。这些限制在当前被称为**时间限制**，尽管它们在 HMOS(保健医疗组织)中很重要。在其他的计划中，时间局限又称为金钱局限。因此，这个计划每年能够为心理健康门诊病人支付最多 50 次、总金额为 2 000 美元。在很多的 HMOS 中限定年度只有 20 次，或者规定了终生的支付限额。从临床的角度来看，这个政策可能有一定的风险性，病人可能拒绝接受超出他们利益之外的一些必要的治疗。从财政的角度考虑，这个政策是明智的，有一个熟知的这个项目承担的财政风险的上限(尽管病人可能对这个项目的财政风险正当或不正当提出质疑，谴责他们剥夺了自己接受必要治疗的权利)。从伦理道德的角度看，这个政策是有缺陷的，它把风险转移给了治疗师，因为治疗师从道德上讲应当治疗他们的病人而不该遗弃他们。因此，如果继续治疗是可取的，治疗师就应该对病人做出转介推荐，或者治疗师应该提供一些免费的专业服务，尽管这样做可能最终使治疗师的收入降低到一个不能接受的水平。

2. 该计划的实施可能没有时间限制，但他们可以认真挑选他们的投保人，避免他们超出时间限制或消费限制，这被称为甄选(MCGUIRE,1989)，或者挑选以确保个人最少限度提出索赔要求。从伦理上看，主要的问题涉及个人的隐私信息，只要这个项目能给予投保人关于这种限制的清晰的信息，并且他们可以自由地选择其他的计划，这样就不存在对一些不必要的服务的担心。然而，有一个更抽象的伦理关系，这个项目只选择低效益的病人，不公平地加重了拥有高效益病人保险公司的负担。

3. 该计划可以通过设置治疗准入的限制标准，或者通过对政策本身设立标准和

营销策略限制政策的制订。这些政策可能会对治疗有限制或者对政策本身有限制，在这样的选择中并无太多的资料。然而，它却是从财政角度来讲是最安全的；一个明显的财政风险涉及在内，另一方面，它具有临床风险性：除非有非常清晰的诊断准则说明，否则，这种情况正如在第二段中提到的那样，存在一定的问题。它存在需要治疗的病人却会拒绝接受治疗的风险。这样的一个计划同其他的治疗一样，同样存在潜在的伦理道德问题的局限性，因为它改变了治疗师的资源分配的原则，限制了他为病人的最大利益服务的能力。

4. 一个项目可能不会对病人治疗强加限制，且可能对任何投保人提供偿还（减少联合支付的费用），尽管它不是一个普遍性的政策（Cwwning，1988），然而当被认真贯彻执行时，是有可行性的。可能，大多数人的计划都避免这样的安排，唯恐它把风险扩大到不可控制的地步。从临床角度看，这个政策是安全的（需要更为广泛治疗的病人将会接受它）；在经济的层面上，它却有一定的风险性。这个计划无法对超出的费用做出限制；在道德方面考虑，这却是可取的，有能力的医生可以决定病人需要什么样的治疗措施。

……

在加入一个管理治疗系统之前的考虑事项

首先，在一个保健管理计划中，一个优秀的提供者必须准确地了解计划包括什么以及它存在的局限性，除此之外，心理健康保健计划的一些特征应该涉及这样一些问题：

1. 谁来承担风险？在通常的管理系统模式中，投保人自己承担风险，这个计划和它的医疗给付假设一种需要特殊治疗的可能性，如果一个病人需要更多的治疗，这个计划将会给予补偿。在保健管理计划中，这样的风险通常转移给了病人，如果花费超过一定的水平，将由病人来承担。在其他的计划中，特别是 HMOs 中，一些风险转移到了提供者的身上，如果费用超过一定的限度，或者如果有必要把病人转介给专家，提供者的支付就会下降，这种把风险转移给提供者的一个负面效应就是，这会诱使提供者不愿提供充分的费用（Morreim，1998），从这个意义上来看，如果花费太多的话，他们将会不愿提供进一步的治疗。

2. 这个计划对医患关系的影响程度？同意参加心理健康保健计划的专家同时对计划的提供者和病人承担义务。在传统的医患关系中，存在一个重要的合同自由。一个典型的消费者体验一个服务的方式是从众多的选择中选择一个提供者，然后参与一些治疗计划过程中（举个例子，如果选择是可取的，从中选择一些程序，并同意医生的指导，接受治疗，如果治疗结果有效就告知给提供者），对提供者来说，这种关系包括对病人的忠诚：也就是说，提供者有自由接受或谢绝治疗病人的权利，挑选一个合理的治疗方案或从他力所能及的范围内选择，然后对病人尽他的职责，直到目前存在的问题解决掉，病人被转接或者不再进行继续的治疗。从理论角度看，这个规划的仁爱、自主和公平是相关的（Beauchamp & childress，1998），保守地说，关系是由自由和义务标榜的，为病人提供治疗和解决问题是提供者的责任。尽管一些评论家认为这种方式会刺激提供超出必要治疗的更多的服务；然而另一些人

(比如 Nelson et al. ,1989)却认为它也提高了提供者对病人的忠诚度,临床医师参与管理护理的风险在于成为精神健康项目对病人忠诚和责任的中介,如果这个项目从特殊的病例中承担过多的风险(比如,病人的保健消费太多),这个项目将会遭受损失,这个项目中的治疗师和其他潜在的患者也会遭受如此的经历。

3. 这个规则存在什么样的例外? 一个愿意承担财政风险的提供者也许想继续给一个超出医疗给付的病人提供治疗措施,提供者可能会尝试改变诊断或者对治疗的描述使病人得到补偿,这样的策略在任何一个第三方付费的方式中都是可能存在的,然而,他们说明了对医疗给付的限制可能会很容易降低临床医生对他们病人的忠诚度,而忠诚改变的风险超出了医疗费用的增加。

4. 如果病人需要的治疗费用超出了计划的医疗支付,有转诊资源吗? 像其他的心理健康专家一样,心理治疗师也有责任治疗他们的病人,直到目前的问题被解决,转诊他处,或者病人中断治疗,其他形式都是对病人的遗弃,这样将是不道德的(美国心理协会,1990)。因此,在参加这个计划之前的一个关键问题是,在执业者没有破产的情况下如何避免遗弃他们的病人?

5. 在帮助提供者完成治疗目标的过程中,这个计划能够提供一些帮助或训练吗? 对刚刚提到的两难问题解决的一个方案涉及临床医生对短期治疗方案更加精通……,如果在未来的治疗的提供者之中没有经过这些方法的训练,他们将不会被选择或者应该为他们提供培训服务。

6. 这个计划能最大限度地减少门诊病人的经济诱惑吗? 上面提及的不当的经济需求在很多的计划中都存在,提供者应该对其进行仔细调查或许会产生多样性的激励制度。

7. 计划中存在对提供者的投入公开反馈的方式吗? 考虑到医疗给付选择和安排计划的数量的增加,在这些计划里增加一些反馈信息的机构是很有必要的,否则,提供者将仅仅是一个雇佣者而不是一个职业的治疗专家。

8. 这个计划很清晰地告知他们的投保人关于医疗给付的限制了吗? 正如提供者需要对系统中其他的参与者保持忠诚一样,他们应该避免陷入其中,而不在达到福利限制的时候向天真的病人解释。

当然,理想的心理健康保健计划不会在治疗师和提供医疗给付的人之间产生双重的忠诚,对一些需要特殊服务和将来有可能需要这个项目的潜在病人来说是一样的。这是一个非常难以执行的选择。因为有迫切需要的病人最可能是要求我们忠诚的。尽管缓和目前的状况可能会增加病人在以后治疗中的痛苦……

另一个伦理问题

在心理健康保健项目中,另外一些伦理道德问题主要有以下几个重要的方面,首先,能力问题是极其重要的,在他们能力的范围内,基于道德义务提供一些服务,如果心理学家参与到保健计划中,他们必须在有限的时间内有能力提供一些服务。

其次是知情同意的问题,未来的病人有权利知道明确的福利信息和对治疗的限制信息。

再次是伦理道德的重要性,涉及分离的忠诚问题,第三方付费的方式总会引出

这样的问题，但这种问题在心理健康保健计划中却从来都不清晰，忠诚的规划（Beauchamp & childress，1988）要求提供者或专业人士对那些有契约关系的病人保持忠诚，因此，如果一个治疗师同意在一个管理性质的心理保健项目中工作，他就应该相信其服务理念，如果一个治疗师同意治疗一个特殊的病人，他就应该忠实于病人的利益（这是所建立的医患关系的一部分），心理学家的伦理原则主要是忠诚度。知后（情）同意是心理治疗师的权利（治疗师有权从病人那里获取一些必要的信息），应该避免因为利益的冲突而影响他或她的客观性，最好是心理学家的伦理原则也是清晰的，当一个组织的要求与道德相冲突时，心理学家试图以这个冲突引起相关人士的注意并解决它，在这样的事件中，这个冲突可能就在于对治疗终止和改变的补偿与病人的需要和心理学家为病人服务的道德责任之间。心理治疗师就必然会有这样的一个义务，确保他们参与的计划当中有一个接收他们转接病人的机构。

参考文献

Beauchamp. T. , & Childress. W. (1988). *Principles of biomedical ethics* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cummings, N. A. (1988). Emergence of the mental health complex: Adaptive and maladaptive responses. *professional psychology: Research and Practive*, *19*, 308-315.

Haas, L, J. , & Malouf, J, L. (1989). *Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

McGuire, T. G. (1989). Outpatient benefits for mental health services in Medicare: Alignment with the private sector? *American Psychologist*, *44*, 818-824.

Morreim, E. H. (1988). Cost containment: Challenging fidelity and justice. *Hastings Center Report*, *18*, 20-25.

对管理治疗中伦理实践的思考



⊙ 凯瑟琳·阿尔夫，布鲁斯·E. 本纳特，派翠西娅·M. 布里克林，
玛思尔达·B. 坎特尔，萨默尔·J. 坎普，史丹利·莫德斯奇和兰迪·菲尔普斯
(Catherine Acuff, Bruce E. Bennett, Patricia M. Bricklin, Mathilda B. Canter,
Samuel J. Knapp, Stanley Moldawsky, and Randy Phelps)

【编者注：这一章包含的许多文献来自 1992 年的**伦理法规**，为了使内容更新，我用了大量的 2002 年的**伦理法规**代替了以前相同或相近的内容。】

……

治疗师所从事的这种职业强调在当前的健康护理领域的“工作单位”（治疗时间）和“商品价格”（治疗费用），代表了不同于其他职业者的一套术语和一种价值，当商业标准和奖励制度与职业价值和伦理相冲突时，很多治疗师经历了相当大的职业角色和组织期望的不适应。

我们回顾了做出伦理冲突和问题解决方面的“综合考虑”，我们也检查了四个方面或者领域，其中伦理困境最能引起治疗师在令人担忧的组织环境中工作，知情同意、秘密性、抛弃、使用管理、使用评论。有很多假定的例子被提供证明很多问题和困境发生在护理管理环境当中。

综合考虑

很多执业者正在经历困境或者不断增加伦理责任问题，因为一些 MCO（治疗管理组织）拒绝认可有需要的来访者，不尊重来访者的隐私，限制心理治疗师和来访者的交流，或者试图以“无理由终止”威胁心理治疗师。尽管这些行为并非为每个 MCO 所采用，而当此类事件发生时，明显是有问题的。另外越来越多的治疗师签订人均（capitated）合约，或者以案例为准而获得工作报酬，往往存在以非常有限的预算提供高品质的心理服务问题，特别是在管理治疗中，市场改变的影响极大地削弱了心理评估和长期治疗（两种主要的治疗方式的）有效性。最后，竞争机制引入治疗行业改变了治疗过程中的职业关系，治疗师面对竞争的情景，他们在改变的环境中尽力符合伦理责任的同时提供服务。

下面的短文举例说明了竞争机制存在的困境，假定一组心理治疗师可以处理这些问题。

短文 1

概况

艾米心理治疗中心拥有 10 位心理治疗师，签署了一个按人收费的合同，在一个月后实施，当新的计划生效后，治疗中心 30% 的来访者全部自费或者靠医保费用支付，30% 转向其他管理治疗方案，40% 转向新的按人计算的支付方案。

问　题

那些遵守伦理规范的治疗师担心在这个总额支付合同中，他们的收入不是建立在来访者的福利之上。他们已经派一个同事安妮·艾瑟科(Dr. Anne. Ethical)，拟订内部计划确保来访者的福利不被降低。

讨论与回应

艾瑟科想使这种建议减少对来访者治疗妥协的诱惑，他把这个观点传达给了其他的组员，艾瑟科建议说：(a)如果病人对治疗计划或者提供给他们的服务不满意，那么他们应该给予观察内部评估使用过程的机会，内部评估使用过程包含一个局外的资深治疗师的介入，并且这个治疗师同组内的工作无经济上的关系；(b)知情同意协议书告诉来访者潜在的利益冲突和内部评估使用过程；(c)这个计划将会设置一个内部监控系统，用于观察非管理治疗和管理治疗支付体系中对病人治疗的时间，实施者将监控他们的行为以确保病人不会受到系统的治疗下降的影响；(d)观察结果和满意形式将被用于管理和非管理的病人中；(e)实施者是否同意利益的共享在一定程度上取决于结果和病人满意的状况。

有争议的概念

Ethics 和 ethical 这两个词有很多隐义，在不同的使用者有不同的解释，举个例子，ethical 这个词可能涉及超越道德原则以外的问题，比如自治、慈善、不作恶、诚实、公正。

在一个更狭窄的意义上说，ethical 这个词可能指美国心理学会的心理学家的道德准则和指导原则，或者心理学采纳的道德准则，这些指导准则允许或禁止一些特殊的行为方式，他们或许有法律权利，MCOs 的行为通常触犯了许多执业者和公众的道德规范，从第一种意义上来说，他们通常被看作是不道德的，在这篇文章中我们用这个词的第二种意义来评估心理学家的道德问题，也就是说，和 APA(美国心理学会)道德准则相一致的管理方式。

无论说得多好，如果没有道德准则，所有的情况都可能发生，在这个过程中，心理学家可能会面对各种各样的伦理道德的两难问题，没有一项道德指导原则明确规定心理学家在所有情况下的行为，因此，心理治疗师面对一些可能的道德冲突将会

没有明确的答案，也可能要求心理治疗师参与到涉及关于平衡道德标准的伦理决策之中，这种由 MCOs 提出的挑战让心理治疗师对 APA 的道德准则和相关的地方法律更加熟悉，这一点比以前更加重要。

几个研究表明，大多数的执业者认为管理治疗为他们带来了道德上的困境（Murphy，Debernardo，& Shoemaker，1998；Phelps，Eisman，& Kohout，1998）。尽管这些发现源自我们对地方从业者和地方道德委员会的调查，但是我们发现几乎没有源自与管理治疗相关的违规的治疗案例。这表明加入管理型治疗方案的心理治疗师可能会使用 Ethics 这个词来谈及他们对这个规则的个人的愤怒和这个管理系统的局限性，而不是 APA 道德准则中的实际的触犯法律的行为，换句话说，一个 MCOs 的要求可能会对来访者产生局限性和给心理学家带来各种困境，但这种问题往往不会超出 APA 道德准则的水平。

……

短文 2

概况

罗斯·斯瑞逊医生（Dr，F. Russ. Stration），正在治疗一个病人，这个病人一直有轻微的恐惧症，在第一次治疗时，作为她治疗程序的一部分，医生对这个病人进行了检查，他告诉她这个特殊的 MCO 每三次需要一个治疗报告，他可能泄露她的治疗记录和治疗结果，他建立了一个治疗计划，在把其提交给 MCO 之前对病人进行评估。

第二次治疗的前几天，斯瑞逊医生打电话询问 MCO 是否同意他的计划，MCO 经理说非紧急情况下批复的时间为两周，但他会尽快给斯瑞逊医生一个答复，到第二次治疗的时候，斯瑞逊医生仍没得到 MCO 的回复，他自己不能告诉来访者是否他们的第三次治疗将是她的最后一次，或者增加治疗次数是否被允许，到第三次治疗时，来访者表示自从治疗介入后获得了益处，他报告说症状没有进一步加剧，并感到越来越幸福，斯瑞逊医生告诉她当他收到 MCO 的回复后，他将给她打电话，第四次治疗则视情况而定，在讨论利用当地可使用的支持小组进一步治疗时，被他拒绝了。

问　题

斯瑞逊医生对这种情况非常生气，担心进一步治疗时的不确定性对整个治疗效果是不利的，对这个病人来说，尽管他自己做了所有他能做的，但他认为这个 MCO 经理的行为是不道德的，且触怒了他。

讨论

在这种情况下，斯瑞逊医生的苦恼和其他心理治疗师是相同的，尽管这些苦恼他已经成功处理，同时伦理道德问题可能也已经出现，通过在开始治疗前和病人进行一个广泛的讨论，斯瑞逊医生在组织治疗关系、统一提供治疗、解释保密性的限定性、适当泄露信息方面尽到了自己的义务，他也解释了在心理治疗当中服务被中断

时,提供一个适当的替代服务直到治疗中止,因为 MCO 拒绝批准继续治疗。

回应

斯瑞逊医生应该检查关于对治疗要求做出回复时间的合约,如果 MCO 违反了合约,他可以抗议 MCO 没有做出及时的回复,并支持来访者对他的利欲熏心的经理提出抗议,否则,他对 MCO 的办事程序的反应可能只被看作道德愤怒,另一个可行的方案是尽力让立法者和一些可以影响护理管理程序的人了解这种情况。

……

短文 3

概况

斯尔奇医生为一个有问题的十岁小男孩做了评估,此小男孩有多动症倾向,他也会见了他的父母,斯尔奇医生建议对小男孩进行治疗,并安排其中一个专门医学评估做为附属治疗,对其父母也同时进行治疗,他的父母同意了此计划。在进行评估的过程中,MCO 的评估人员认为应当给这个小男孩进行药物治疗,心理治疗将不被批准。

问题

斯尔奇医生从他的专业角度出发做出的对来访者最有益的治疗计划被拒绝。

讨论

在与来访者建立专业的治疗关系后,斯尔奇医生在伦理上对其负有责任,强烈的使命感要求他为了来访者的健康而行动起来,在很大程度上他相信 MCO 的治疗建议是对来访者有害的,准则 1.14 是合适的。

回应

斯尔奇医生的答复可能包含下面的任何一条:(a)向 MCO 递交一份书面请求;(b)向评估人员提供材料证明缺乏心理治疗的药物治疗没有联合治疗有效;(c)向其父母解释,他并不同意评估人员的建议,父母也可以阻止此决定;(d)参加一个倡议活动,如给报社的编辑写信,打电话给 MCO,批评其只想节省开支而不为病人的服务质量着想。

如果 MCO 的评估人员是一个心理治疗师,他就会看相关的数据及对于描述的合理治疗的信息,问题是:只对孩子进行药物治疗的建议是否符合治疗标准。如果是这样的话,评估人员所提出的不符合标准的推荐方案,不会得到专业文献和团体的支持。

短文 4

……

道德决策制定过程

过去十年心理治疗环境的巨大变化促使心理治疗师有必要更新他们熟悉的APA伦理规范，并慎重地用于当前的困境，但是伦理困境都缺乏明确的解决办法或者正确的答案。事实上，适合于个人的不同解决办法，在不同的时间和不同的人之间都有可能遇上。

而且，几次在伦理规范里寻找问题的答案后发现，专业的指导方针、相关的文件、和同事一起解决问题，没有一个清晰的办法解决此困境，这是做出解决此类问题的决定过程比较困难的一个原因。

因为作出决定是如此重要，下文是心理治疗师面对的一些伦理道德方面的管理治疗困境和他们的答案，他们可能帮助心理治疗师做出一个合理的决定。

1. 同样的问题，什么是我们的个人道德？

2. 什么是可能的行动过程的核心观点？在心理治疗师理智的考虑下面的七个问题之前，懂得个人伦理、理解核心价值、对于道德问题做出知觉的反应是必要的。

3. 这真的是一个伦理困境吗？或者是一个商业、技术或者其他问题。

4. 这是一个我们不能解决的困境吗？它需要系统性的改变、有组织的支持或者合法不合法的行动吗？对这些问题的解决，可能引导心理治疗师理解问题解决和拥护支持在解决许多管理治疗困境方面的重要性。这个问题在管理治疗环境中特别重要，如果心理治疗师对这个问题的答案是“是”，承认这不是心理治疗师独自可以解决的困境是有益的，可以使心理治疗师自由讨论、加入某个团体或者另外的活动，更有助于问题的解决。

5. 如果这是一个伦理困境，在解决这个伦理困境时谁拥有权威？

6. 相关的伦理标准和原则是什么？

7. 是否需要一个心理学而不是法律的问题解决办法？

8. 有证明偏离伦理标准的令人信服的理由吗？

9. 涉及的核心伦理原则是什么（如病人的自主权、亲社会行为、正义或者忠诚）？优先考虑的主要原则是：如病人做出决定的权利，心理治疗师为来访者服务的信念，信任、保密、真实性问题，无害第一原则。

依靠这些问题的答案，最后一步是采取可能的行动或评估过程，并在其中做出选择、在此心理治疗师会问两个问题，这个计划是符合伦理道德的吗？它的可行性怎样？除此之外，心理治疗师必须认识到一个人孤独时除了力量外还会感受到哪些困境……

伦理限定

我们认为心理治疗师在结构性的治疗系统工作时所面临的伦理困境有四个方面:(1)知情同意;(2)保密;(3)放弃;(4)利用管理。

知情同意

病人的信心和对心理治疗师的信任构成了心理治疗成功的必要条件。在这样的环境当中,病人的疑惑会很容易导致失望和生气,这不足为奇。心理治疗是和来访者之间的,治疗师和病人之间的误解和缺乏沟通会干扰治疗进程,以及可能导致来访者对治疗师产生反感。

在任何保健服务和治疗情境下,知情同意都是现代日常治疗实践活动的必要条件。知情同意在现代保健治疗中如此重要以至于需要 APA 伦理规范……因为 MCOs 不向需要服务的人提供全部的、完整的、精确的信息,很多来访者不完全了解管理治疗安排的复杂性,这些安排如何影响他们的利益与权利,心理治疗师在给病人治疗时必须特别注意要让来访者了解情况并同意。但是,个别心理治疗师在当前商业活动中对管理治疗安排不负责任。治疗师可能需要转向 APA 或者他们的州组织倡议以确保 MCOs 提供的福利是在病人的合约中公开宣布的。

……

知情同意;治疗费用,资金安排。为避免混淆和误解,心理治疗师和病人达成协议,讲明赔偿和所用费用是很重要的(准则 6.04[a])。协议上应该写明心理治疗师做治疗服务的费用,如检查、写报告、专业咨询、自愿或者要求出席法庭等,以及其他治疗师提供的相关服务过程。

治疗师也需要就伦理规范中对治疗服务的一些财政方面的限制进行讨论(准则 6.04[b]),这些限制可能源自于在来访者护理管理程序中的合同性义务,它有助于治疗师理解并传达给来访者这些信息:(1)MCO 所提供的服务与批准的治疗次数有关;(2)使用评估的方法和时间;(3)需要被 MCO 批准的服务信息的性质;(4)提供赔偿的数目;(5)来访者分担的费用(可减去的或总的费用);(6)包括的和排除的服务;(7)如果 MCO 决定的一个特殊的服务没有包含在来访者的治疗计划里的责任问题;(8)任何其他可预测的财政问题。

知情同意和角色说明。心理治疗师在提供专业服务,特别是管理治疗当中,经常会发生角色冲突。例如,在按人计算费用的情况下提供服务的心理治疗师,可能会在为了保持利润而限制治疗的情况下感到压力增加,当这种冲突出现或被预料到时,治疗师应该尝试向所涉及的同伴(来访者)澄清情况,说明治疗师能做和不能做的角色,这些问题的澄清对于服务对象是夫妻、婚姻或者家庭的治疗更有意义,因为多人治疗涉及的问题更复杂(准则 3.07,10.02 和 3.05)。

知情同意和保密原则。保密性是治疗关系中的一个必要组成部分。让病人全面了解心理治疗师的职业和法律方面的义务是重要的,这些义务可能要求治疗师把病人的敏感信息提供给 MCO,作为评估必要治疗的决定是否合理的一部分(准则

5.5)。在提供服务的过程中获得的信息也许会用于这样那样的目的,如果这一点是可见的,那么应该提醒患者注意这一事实。保密性的讨论应该发生于治疗的初始阶段,此后作为一个新问题出现在治疗当中。特别是临床心理医生进行配偶、婚姻、家庭或者团体辅导时,就会涉及保密条款。

知情同意建议

以下是关于知情同意的特别建议。以美国心理学会伦理准则为参考。

1. 临床心理医生应该意识到知情同意是道德上的要求。(准则 3.10)。

2. 临床心理医生应提供知情同意,其中包括:(a)关于费用及其他服务开销等信息;(b)支付的责任;(c)服务的类型和预期期数(准则 3.11 和 10.01);(d)提供服务限制(准则 6.04[d]);(e)记录保持,包括电子版的储存和移送,信息的发布和保密(准则 6.01 和 4.02);(f)临床心理医生能和不能扮演的角色(准则 3.05、3.07 和 10.02)。

3. 与患者共事是管理体系安排的一部分,临床心理医生应与患者一起检讨那些将会提供给管理医疗保健组织(managed care organizations,简称 MCO)的所有信息,目的是使用评估和确保质量(准则 4.05)。

4. 由于知情同意是正在进行的过程,问题在服务开始时及其后合适的时候就应该处理。例如,应告知患者 MCO 需要一些复查的信息资料。

5. 临床心理医生也许需要考虑用书面文件来建立知情同意。有一个例子就是"心理治疗师—患者知情同意合约"。(Harris & Bennett,1998)。有人建议,临床心理医生在使用这样一份文件之前先去咨询一下律师,以确保它与地方和各州的法令相符。

保密性。保密的例外是一直存在的。几十年来,即使在有保证的情况下,保险公司也一直要求临床心理医生提供对患者的诊断,有时还要在给服务付款前,提供治疗方案。为了司法利益和公众福利,法律体系对保密性进行了限制。强制性的虐待儿童报告的法令在各州出台就是一个例子。否则在管理式医疗体系中,固有的患者需求将远远超出先前提供的数目,并对临床心理医生和患者关系的保密性原则构成威胁,明显降低治疗的质量。

在 MCO 中,例如,在授权最初或附加的治疗前,或者在把患者转移给另一个医师时,一个 MCO 人员需要在未支付前将所有治疗记录发送到给 MCO。更多的时候,MCO 的人员会使用标准表格以求得到更多的信息,而不是通常地被要求一份有效的发展性治疗方案。在他们需要使用这些信息来监管患者治疗的前提下,一些 MCO 的政策要求来自所有患者的确切信息。这一要求可能会导致临床心理医生不愿意把许多必要的信息放在记录上。由于投保人通常会在初次加入管理式医疗计划之时签署准予发表的表格,我们就可以假设患者已经同意发表这类的信息(除了 MCO 要求提供者保留泄密的情况)。但是很少投保人理解,某种程度上,这类发表是允许私人信息分享的。因此,关于这一点,临床心理医生是有义务告知患者的。除非患者取消,否则这泄密就可能是有效的。所以如果法律要求,临床心理医生就可能会公开这些信息。临床心理医生必须了解他们所在地具体适用的保密法令。

MCO 人员有时要求在其得到 MCO 专门小组成员的证书之前,要检查临床心理医生的非受益人记录。尽管临床心理医生可能会由于没有遵守这一标准而被逐出专门小组,但却没有发生过在此条件下没有书面知情同意书而允许泄露客户机密信息的事情。在这种情况下,MCO 应该接受编辑了的记录。如果不这样,临床心理医生可能会想着和 MCO 一起寻求其他选择,比如质疑关于伦理基础的要求,要求提供一份虚构的样本记录,或者提议在成为 MCO 专门小组成员、获得提名、遵守患者知情同意之后可以分享 MCO 患者的记录。

一些 MCO 条约上规定 MCO 拥有病例。有人建议临床心理医生要检查所有记录所有权的管理医疗合约。再者,临床心理医生应该了解地方适用的保密法例。

管理医疗产业正在进行购买和合并,没有人可以确信有关患者保密信息的最终处置。临床心理医生曾经可以自信持有的信息现在可能会被开放检阅或者登记入数据库。心理健康信息会和其他卫生保健放在一起。和一般的保健信息的披露相比,心理健康信息的公开可能会导致更多的问题,因为存在出现更多歧视的危险。

保密性建议

以下是有关保密性的特别建议。在适当的地方引用了美国心理学会道德规范准则。

1. 一旦可行,临床心理医生应该在治疗之初就告知患者在他们管理式医疗政策下相关的保密限制。患者将明白临床心理医生在离开前都会保密信息。

2. 它将可能指出或表明临床心理医生和患者共享所有将会由 MCO 发表的信息。但是,惯例是患者通常应该知道什么是会被发表的。这在信息发布之前就应该得到首肯。

3. 由于 MCO 滥用保密性信息的可能性存在,临床心理医生需要思考他们在临床记录方面的角色。临床心理医生应该能够在美国心理学会的"记录保持指引"中得到有关记录保持的指导,从心理学地方委员会那里得到规章,或者各种各样的道德文件和文章(标准 4.04 和 6.02)。

4. 负责最终评审的临床心理医生要执行同样的道德标准,因为临床心理医生是提供直接治疗的。他们也许不能在没有书面同意的情况下分享患者信息,而且只能在履行专业职责的时候有权得到必要的信息。

5. 临床心理医生应该了解信息传递和储存过程中,传真、电子邮件交流、电脑数据库等对保密性带来的威胁,并做出处理(标准 6.02)。

6. 临床心理医生应该仔细阅读管理式医疗合约,以确定自己在保密信息方面的义务,包括在合约的条款中,谁享有记录的所有权和管理记录的发布。临床心理医生也应该清楚在适用的地方法律支配下保密的局限性。

7. 没有患者的书面允许,临床心理医生不允许 MCO 检阅患者的记录。还要知道患者有权签订契约确定是否来允许 MCO 检查记录。

(编者的话:参见 HIPPA 摘录中的心理治疗注解讨论)

短文 5

放　弃

在有需要治疗期间发生突然放弃或者不愿意继续治疗,是一种道德和法律上许可的行为,但可能会影响到患者的康复。尽管当前的市场趋势对治疗的限制可能影响到后续关照,从而增加放弃可能性,但应该指出的是,放弃的问题早于管理治疗。放弃可以包括由于不能支付服务费用突然中止对危机中的患者的服务。放弃也可能出现这样的情况:如果临床心理医生在周末、非办公时间、假期或者教育性出差而不能提供足够的服务。美国心理学会道德规定提供了这些问题的指引(准则 10.09 和 10.10)。

虽然 MCO 的成本控制操作有点缺乏职业道德,但他们使得人们对患者放弃治疗的关注增加。在组织有序的医疗体系工作的临床心理医生常常关心制度或者 MCO 的会议限制会结束对那些需要更多治疗的患者的服务。临床心理医生还关心,这种结束可能违背了禁止放弃患者的法律和道德标注。此外,许多 MCO 已经解散了专门小组。当患者把卫生保健转到一家公司,而这家公司的临床心理医生不是非专门小组的提供者时,临床心理医生面临着进退两难的困境。而且,当公司联盟或者新的 MCO 进入市场时,临床心理医生必须关注现有患者治疗的结束。

不幸的是,卫生保健的产业化造成财政上鼓励限制治疗。在临床心理医生看来,即使在治疗已被临床确定和患者要求更多的治疗的时候,也是如此。在现实的期限内,这些安排可能会限制了临床心理医生和患者成功合作完成治疗的能力。过度束缚会谈或者利益可能造成针对特殊患者需要的服务中断。这些限制护理的动机会发生在:(a)MCOs 直接与作为提供服务者的临床心理医生签约;(b)在 MCO 的合约里,MCOs 限制临床心理医生与患者直接签约;(c)在按人口计算的合约中,临床心理医生和 MCO 合作。

MCO 与心理学家直接签约

即使心理学家(心理医生)当作为服务提供者已经直接与 MCO 签订契约,他们应该也仅仅接受他们认为可以治疗的患者而已。这一决定会取决于患者需要与心理学家专长是否吻合(准则 2.01 和 2.03),也取决于患者(或者患者的承保方)满足治疗经济要求的能力。一个要考虑的因素是,这种利益是否允许心理医生有足够的时间诊断和解决问题,或者是否利于其他患者。做出这些决定是困难的,因为人们寻求治疗的根本问题,结果可能发现主要的焦点并不是治疗。外界的压力可能造成患者能力的下降,或者导致直到治疗暂时进行着的时候问题的本质才浮现出来。不过,心理医生和患者需要讨论患者预期的需求,讨论 MCO 的能力或者支付事项,这在某种程度上是可行的。

即使接受了患者的治疗申请,MCO 也可能找各种借口停止赔偿。出现这样的

情况,如果临床心理医生认为患者仍需要治疗,临床心理医生也许有义务对这样的决定进行诉请,或者鼓励患者上诉(参见使用管理—使用评估的章节)。

当患者没钱进行额外的治疗时,临床心理医生可以将他们提交到政府机关或自助组织,做一份缓缴或减少费用的计划书,会议的安排不必那么频繁,在临床条件许可的条件下缩短治疗持续的时间,或者使用其他策略确保治疗的进行。实物交换也是一个可以考虑的方法,但临床心理医生要熟悉美国心理学会道德准则中的准则1.18。临床心理医生的建议涉及治疗和费用两方面的考虑。

关于保险额度的事,一份 MCO 的合约也许不能允许在心理医生不在场的时候其同事完全使用保额。例如,保额安排可能会受限于 MCO 的服务提供者专门小组。在这种情况下,当临床心理医生手头上的案子包括一些 MCO 的个案的时候,保额就会是一种特殊的挑战。当决定签署管理医疗合约的时候,临床心理医生需要考虑这一可能存在的问题。

禁止收取私人报酬

大部分 MCO 允许心理学家在网上提供一些可以收取患者费用的服务。但是,有些 MCO 却不允许。临床心理医生应从 MCO 的合约中找出这些条款,并在为患者的治疗做长期规划时加以考虑。

临床心理医生直接持有重要合约

一些 MCO 在收费服务的基础上雇用临床心理医生和其他卫生保健专家。其他的 MCO 会和次承包商一起通过重要的安排"开拓"行为上的卫生保健服务,包括联合医疗。在联合医疗中,临床心理医生所承受的风险部分取决于为患者提供治疗的类型和时长。这些安排的实质是把临床心理医生置于潜在的利益冲突与患者之中,因为临床心理医生可通过拒绝治疗使得其商业利益先于患者的消费。涉及任何可能限制医疗卫生的动机的财政安排时,临床心理医生应该告知患者(参见前面章节的知情同意)。

关于放弃的介绍

下面是关于放弃的特别介绍,并在适当的地方引用美国心理学会道德规范标准。

1. 当患者处在危机期间不应该放弃治疗……

2. 临床心理医生应该知道在紧急、周末或者业余时间为患者所需要的服务做出必要的安排。特别是对那些管理式医疗的患者,更有必要在做保险安排的时候为其考虑其他非专门小组的服务提供者。

3. 当患者需要更多治疗却没有经济来源的时候,临床心理医生应该尝试寻求其他途径帮助他们得到所需要的治疗(准则 6.05 和 10.10)。

4. 临床心理医生应该仔细阅读 MCO 的合约,理解任何关于保险的限制。他们也应该清楚合约中的上诉机制和其他任何会限制患者医疗的条款(准则 1.02,10.01,3.10 和 1.03)。

5. 如果合约上含有限制治疗的财政上的动机,临床心理医生应该告知患者。虽然论人计酬的安排并非一定是不道德的,但有人建议,可以针对心存经济动机而拒绝治疗的临床心理医生建立有效的控制机制以使患者福利受到损害的可能性减到最小(准则 2.06、3.04、原则 A)(参见短文 1 的例子)。

短文 6

概况

格里德特医生及患者在就要快达成治疗目标时,诊断出患者患有乳房癌且情绪很不稳定,继续治疗又需要授权,但是 MCO 基于患者的津贴已用完的理由拒绝请求。患者建议,医生以她丈夫的名义继续治疗,她丈夫还有津贴。

问题

格里德特医生知道,在不同的时段,后续的心理学意义上的治疗对患者是有显著不同的。她也清楚,美国心理学会道德准则明确规定临床心理医生在患者处于危急状态时不得放弃治疗(标准 4.09)。格里德特医生的问题是,在 MCO 否决的情况下她如何履行道德和专业上的责任。

讨论

最初,格里德特医生对 MCO 的实践感到沮丧,但后来她意识到对额外会议的否决是基于她的患者达到合约利益规定的上限这一理由。这是不同于 MCO 以其他理由拒绝会议的状况(例如,额外的治疗并不符合医疗必要性的定义),而且这是临床心理医生过去很多时候必须面对的问题(例如,面对没有买保险的患者或保险赔款达到上限的患者)。因此,这种情况是不受管理医疗安排的限制的。

尽管利益受损,但成功上诉的可能性是存在的。格里德特医生希望考虑上诉这样的选择。MCOs 通常有各个阶段的上诉程序,从使用评论者到临床同龄人或者相同的人,最后到临床指导者。

如果 MCO 的合约许可,格里德特医生也在考虑,基于私人或者无偿服务,按平时或习惯的、优惠的收费标准来治疗患者。她也想到为了治疗把患者推荐给合适的社区资源。另外,她会将患者转交到美国癌症协会分会和可行的同龄人支持组织以寻求帮助。在缺乏社区资源的时候,她会亲自在其所在地、地方心理学协会或者其他社区组织(例如公益金、市议会和其他竞技场)大力倡导资助合适社区资源的发展。

回应

在这样的状况下,格里德特医生应做出安排以看看患者后续治疗的需要在某种程度上是否可行。为了患者治疗的利益,临床心理医生不应该歪曲信息。这个患者的建议,即临床心理医生继续以她丈夫的名义给她治疗,是不可接受的。因为格里

德特医生若以这种方式与患者串通会被认为是欺诈。

医疗服务使用情况管理——使用评估

医疗服务使用情况管理(Utilization management,简称UM),是从广义而言的,而且有好几种名称,对心理学并不陌生。临床心理医生几十年来在道德和专业上都做了医疗服务使用管理的决定。在提供专业服务的过程中,医疗服务使用情况管理涉及做出有关治疗类型、治疗环境和治疗持续时间的决定,在公共和私人部门都出现这种情况。医疗服务使用情况管理还涉及其他一些职能,如监管、咨询、人事、同行审查和案例分析。

使用评估(Utilization review,简称UR)是医疗服务使用情况管理的一种形式,其本身无所谓道德或者不道德。过去,医疗服务使用情况管理的重点是使患者或者客户的利益最大化。多年来,公共卫生保健机构在有限的预算和严格的财政束缚下为向患者提供优质服务做出大量努力。今天,控制卫生保健开支是合法的需要,一些MCO在面对这种需要时对提供服务的质量产生兴趣。但是,高额的利润让一些MCO的CEO有了认识,并在以盈利为目的的MCO里强调赚钱。CEO们认为,一些反对使用评估的临床心理医生平常表示一些愤怒确实是有些道理的。由于成本控制压力,临床心理医生在管理医疗体系中作为使用评估者也许会面临内在的利益冲突、利益驱动竞争,和在做决定的时候牺牲治疗至上的质量。

对于UM和UR的作用,美国心理学会道德规范的适用性取决于财政动机和在决策过程中对问题的考虑。当作为评估者的临床心理医生在进行UR服务的时候实施专业判断,他们也许会与一项卫生保健的程序和利益管理程序形成对照。这样,所做的服务类型(例如,卫生保健 vs. 利益决策)会决定临床心理医生道德上的义务。当需要临床心理医生的专业判断和临床心理医生免费为治疗周期进行考虑的时候——这与纯粹例行的行政功能(例如仍然存在于计划利益中的对治疗周期的决定)形成对比——对患者道德上的责任随之发生。

在UR的程序以财政动机为理由拒绝治疗(例如,当MCO雇佣监管人时主要考虑节约UR成本而不是提供优质服务时)的时候,临床心理医生—评估者和提供者是处于非常不确定的状况下的。如果雇主的福利待遇限制了治疗周期,临床心理医生—服务提供者应该在利益的限制范围内尽可能提供最好的服务。

另一方面,如果对利益的规划是没有限制的,或者在UR创立的时候利益的上限还没有达到时,临床心理医生—评估者要么判断授权,要么拒绝治疗。然而,所包含的费用也许是MCO的目标之一,它只是许多指导评估者做出拒绝或者继续治疗决定标准中的其中一项。患者的需要依然是最重要的,尽管他们的需要应该以成本有效的方式得到满足。

临床心理医生履行使用管理和评估的建议

如前所述,如果MCO的合约里写到具体服务,UR可能会行使主要行政功能,例

如决策。但是,UR 通常要求临床心理医生进行专业判断来决定治疗是否是“医学上必要的”,或者决定服务的类型,帮助患者所需要的治疗周期。这些 UR 做的临床决定是一种专业的服务,同时也是道德标准的主题和道德实践的要求。伦理规范的相关部分包括了准则 3.0 以下所有的内容,特别是 3.04,避免伤害。

1. 临床心理医生应慎重考虑受雇于 MCO。因为 MCO 似乎主要或者单独基于成本控制或者利益驱动做决定,而不是基于治疗的质量。

2. 在接受 MCO 的雇用之前,临床心理医生最好是仔细阅读合同和 MCO 的 UR-UM 政策。他们还要谨慎应对合约和政策的改变(准则 1.02 和 1.03)。

3. 当临床心理医生作为使用评估者回应患者额外的治疗请求时,他们应该灵活地将准则应用于后续治疗。他们的决定应该是在合约规定和利益框架内以患者的需要为基础(标准 3.04、准则 A 和 6.04)。

4. 临床心理医生当执行 UR 时要求专业判断,及在允许的情况下,提供专业的服务。他们应该在其能力范围之内提供这些服务。由于为评估者是要在没有和患者直接接触的情况下做出临床判断的,“临床必要性”是决定这些决策(准则 2.01、2.03、2.04 和 9.02)的基础,注意到这一点尤为重要。

……

临床心理医生把专业服务递交给使用评估的建议

许多临床心理医生没有受雇于 MCO,但已经签订合同,为那些由 MCO 人员执行卫生保健利益的患者提供专业服务。下面是提供给这些临床心理医生的建议。在适当的地方引用了美国心理学会道德规范的准则。

1. 当 MCO 拒绝治疗时,临床心理医生应该坚持为患者争取需要的服务。这可能需要临床心理医生和患者一起诉请这一决定,或是给临床指导者写信提醒 MCO 对患者潜在的负面影响。这会涉及寻求 MCO 以外的其他选择(准则 3.04、3.10、3.12和 10.10)。

2. 当临床心理医生认为 MCO 没有提供适当治疗的时候,他们应该考虑其他可行的选择和对患者福利可能造成的影响,还应该尽其道德上的义务维护患者的利益。告知并与患者讨论任何决定的意义是很重要的。这些决定会对 MCO 的决定进行上诉,或者接受 UR 的决定并继续进行经授权的治疗。当然,正在治疗的临床心理医生对诉请具备充分的治疗能力才是本质。无论临床心理医生和患者决定做什么,都应该以帮助和不伤害患者为前提(准则 3.04、3.10 和 3.12)。

小　结

……

在对是否存在实际或潜在的违反美国心理学会伦理准则行为进行鉴别时,个别心理学家要注意通过仔细地应用系统问题解决和做决定的过程,包括与知识渊博的同行讨论美国心理学会伦理章程,来寻求自己的答案。心理医生应该知道,在很多

情况下是没有绝对"正确的"行为的。还要知道的是,可能存在不止一种合适的解决办法。事实上,所有适用于各种情况的不同解决办法会在不同的时候对不同的患者起作用。

最后,面对管理医疗困境的心理医生必须认识到他们整体的力量是大于单独行动的力量的。这就是反复建议,应寻找经验丰富的同事并与之商谈的原因之一,也是为了大家利益要求所有心理医生应共同维护的原因之一。

参考文献

Harris, E, & Bennett, B. E. (1998). Sample psychotherapistpatient contract. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill(Eds.), *Psychologist's desk reference* (pp. 191-196), London: Oxford University Press.

Murphy, M. J., DeBernardo, C. R., & Shoemaker, W. E. (1998). Impact of managed care on independent practice and professional ethics: A survey of independent practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 43-51.

Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 31-36.

Rothbaum, P. A., Bernstein, D. M., Haller, O., Phelps, R., & Kohout, J. (1998). New Jersey Psychologists report on managed mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 37-42.

评论:

在其他问题上,阿卡夫和同事提出了放弃的问题。他们讨论 1992 年道德规范标准 4.09 上的问题。标准(4.09[a])写道,"临床心理医生不可放弃患者或者客户"。这是规定中少数几条义务免责条款之一。有趣的是,那条标准已经被删除,没有出现在最近的 2002 年版的规范中。它原来的地方变成了一个更模糊的条款(10.09)和更有争议的条款(10.10)。

标准 10.09 指出,被雇佣或者有合同关系时,倘若雇用或合同关系中止了,临床心理医生仍要努力对规定的客户/患者福利进行认真思考并为客户/患者治疗提供有秩序、合适、负责的决断。

标准 10.10(c)写道,"除了那些被客户/患者行为或第三方付款人预先排除的行为,在服务终止之前,临床心理医生就要做出停止服务前的咨询,并给其介绍合适的服务提供者"。至少在那些对管理医疗公司持有负面看法的临床心理医生来说,造成这些争议原因在于,如果临床心理医生被第三方付款人禁止做这些事的话,他们不一定基于道义而提供终止服务前的建议或意见。规范里对忠诚于客户这一原则的假装固守,意味着什么呢?

1989 年,美国心理学会的政策做了改动,理事会对管理医疗采用以下的方法:

因此,美国心理学会极力建议消费者、签署者和临床心理医生在决定参加管理医疗之前仔细评阅管理医疗项目的机制、程序、实践和政策。尽管这些项目可能会扩充参与合适的管理卫生医疗,但他们也会限制必要的心理学服务的有效性。

委员会还建议,提供者会希望得到这样的参与条件,即具备完善的管理医

疗卫生传送系统,正确示范关于以足量高质的卫生保健服务消费者的条款。这里的卫生保健是建立于疗效的可行性和科学性证据的基础上的。

委员会还建议,在参与的情况下,消费者、签署者和临床心理医生要求通过计划使这些项目在广告覆盖范围和可行的心理学服务持久性上得到实际操作。他们还要求这些项目能使患者利用基于疗效可行和科学证据的多种心理学卫生保健功能。

委员会还建议,提供者要求这些系统运作遵循现行的保健标准和当时的科学知识、合适的道德原则。他们还要求系统具备足够的经济实力来发挥传递系统的作用。

最后,心理学会和相关部门声明要大力鼓励每个会员监管和自我告知合法和调整过的要求。这些要求是加诸于卫生保健体系上的。心理学会和相关部门还倡导这些要求要满足列举出来的原则(美国心理学会,代表委员会,1989,p.1024)。

American Psychological Association, Council of Representatives. (1989). Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the year 1998. *American Psychologist. 44*, 996-1028.